

Antrag

auf COVID-19-Taggeld

für Arbeitgeber, die auf Grund behördlicher Massnahmen

im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie¹ Lohnzahlungen an

bestimmte Arbeitnehmer geleistet haben

Anspruchsvoraussetzungen:

- In Folge der Corona-Pandemie ergibt sich für bestimmte Arbeitnehmer eine Abwesenheit vom Arbeitsplatz, die die Erbringung der Arbeitsleistung verhindert. Dieser Umstand tritt auf Grund von folgenden Ereignissen ein:
 - a. von Massnahmen der Herkunfts- bzw. Wohnsitzstaaten von Grenzgängern, die das Erscheinen am Arbeitsplatz unmöglich machen, insbesondere der Aufenthalt in Quarantänegebieten, oder
 - b. einer Selbst-Quarantäne bei engem Kontakt mit einer Person, die eine akute Atemwegserkrankung hat, oder
 - c. der Freistellung als besonders gefährdeter Arbeitnehmer gestützt auf Art. 7c COVID-19-Verordnung.
- Die Erledigung der Arbeitsverpflichtungen von zu Hause bzw. vom gegenwärtigen Aufenthaltsort aus („Home-Office“) kann vom Arbeitgeber mittels geeigneter organisatorischer und technischer Massnahmen nicht ermöglicht werden.
- Im Falle der Freistellung von besonders gefährdeten Arbeitnehmern kann zudem der Arbeitgeber keine Ersatzarbeit von zu Hause bzw. vom gegenwärtigen Aufenthaltsort aus („Home-Office“) ermöglichen, die Voraussetzungen für eine Tätigkeit vor Ort nicht erfüllen und eine Ersatzarbeit vor Ort nicht zuweisen.
- Die betroffenen Arbeitnehmer sind gestützt auf Art. 7 Abs. 1 Bst. b KVG obligatorisch für Krankengeld versichert. Das sind über 15-jährige Arbeitnehmer, die in Liechtenstein für einen Arbeitgeber mit Sitz oder Niederlassung in Liechtenstein tätig sind.

¹ Gemäss der von der Regierung genehmigten „Richtlinie zur Ausrichtung des Taggeldes aufgrund von Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus („COVID-19-Taggeld“)“ vom 24. April 2020.



REGIERUNG
DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN

Antragstellung an:

Der Antrag ist monatlich, nach Abschluss eines Kalendermonats, einzureichen bei:

CONCORDIA Schweizerische Kranken- und Unfallversicherung AG

Landesvertretung Liechtenstein

Austrasse 27

9490 Vaduz

Tel.: 235 09 09

Fax: 235 09 10

liechtenstein@concordia.li

www.concordia.li

FKB – Die liechtensteinische Gesundheitskasse

Gagoz 75

Postfach 363

9496 Balzers

Tel.: 388 19 90

Fax: 388 19 91

info@fkb.li

www.fkb.li

SWICA Krankenversicherung AG

Repräsentanz in Liechtenstein

Meierhofstrasse 2

9490 Vaduz

Tel.: 377 16 90

vaduz@swica.li

www.swica.ch



REGIERUNG
DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN

Angaben zum Arbeitgeber:

Firma Bezeichnung:	
Adresse:	
PLZ /Ort:	
Telefon:	
Adresse Betriebsstätte:	
PEID-Nr. Unternehmen:	
Vertragsnummer Krankengeld:	
Kontoinhaber:	
IBAN:	
(Post-)Bankverbindung:	

Angaben zum Arbeitnehmer, für den der Arbeitgeber Lohn fortgezahlt hat:

Name / Vorname:	
Adresse:	
PLZ /Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	
Funktion als:	
Zuletzt bezogener AHV- pflichtiger Lohn inklusive regelmässiger Nebenbezüge:	



Grund der Arbeitsverhinderung (a, b oder c):

- a) Massnahme des Herkunfts- bzw. Wohnsitzstaates von Grenzgängern, die das Erscheinen am Arbeitsplatz unmöglich machen, insbesondere der Aufenthalt in Quarantänegebieten.

Der Arbeitnehmer hat gegenüber dem Arbeitgeber das Vorliegen einer Massnahme seines Herkunfts- bzw. Wohnsitzstaates, die ihm das Erscheinen am Arbeitsplatz verunmöglicht, geltend gemacht.

Der Arbeitgeber erklärt hiermit, dass er die Erbringung der Arbeitsverpflichtungen von zu Hause bzw. vom gegenwärtigen Aufenthaltsort aus („Home-Office“) mittels geeigneter organisatorischer und technischer Massnahmen nicht ermöglichen kann.

- b) Selbst-Quarantäne bei engem Kontakt mit einer Person, die eine akute Atemwegserkrankung hat.

Der Arbeitnehmer hat gegenüber dem Arbeitgeber geltend gemacht, Kontaktperson einer erkrankten Personen (im gleichen Haushalt lebende Personen bzw. Intimkontakte) zu sein.

Der Arbeitgeber erklärt hiermit, dass er die Erbringung der Arbeitsverpflichtungen von zu Hause bzw. vom gegenwärtigen Aufenthaltsort aus („Home-Office“) mittels geeigneter organisatorischer und technischer Massnahmen nicht ermöglichen kann.

- c) Freistellung als besonders gefährdeter Arbeitnehmer gestützt auf Art. 7c COVID-19-Verordnung.

Der Arbeitnehmer hat gegenüber dem Arbeitgeber seine besondere Gefährdung durch eine persönliche Erklärung geltend gemacht.

Der Arbeitgeber erklärt hiermit, dass er die Erbringung der Arbeitsverpflichtungen oder einer Ersatzarbeit von zu Hause bzw. vom gegenwärtigen Aufenthaltsort aus („Home-Office“) mittels geeigneter organisatorischer und technischer Massnahmen nicht ermöglichen kann. Auch kann er die Voraussetzungen für eine Tätigkeit vor Ort nicht erfüllen und eine Ersatzarbeit vor Ort nicht zuweisen.



Dauer der Massnahme (ab 1. April 2020)

- Beginn (ab wann ist der Arbeitnehmer persönlich betroffen?): _____
- Ende (bis wann ist der Arbeitnehmer persönlich betroffen? Sofern bekannt bzw. bis auf weiteres): _____

Sollten die Massnahmen gegenüber dem Arbeitnehmer wieder aufgehoben werden bzw. kann Home-Office ermöglicht werden oder können bei besonders gefährdeten Arbeitnehmern die Voraussetzungen für eine Tätigkeit/Ersatzarbeit vor Ort ermöglicht werden, informiert der Antragsteller/Arbeitgeber die Krankenkasse unverzüglich.

Korrespondenz

- Hiermit bestätigt der Arbeitgeber, dass alle weitere Korrespondenz auch über die folgende E-Mail Adresse geführt werden kann: _____
- Die weitere Korrespondenz ist auf dem elektronischen Weg nicht möglich, daher erfolgt die weitere Korrespondenz an folgende inländische Zustelladresse: _____
Strasse: _____
PLZ / Ort: _____

Bestätigung

- Hiermit bestätigt der Arbeitgeber unter Angabe der letzten Lohnzahlung, dass er für den Arbeitnehmer, für den er hiermit einen Antrag auf Covid-19-Taggeld gestellt hat, den Lohn fristgerecht und ordnungsgemäss ausbezahlt sowie die Sozialabgaben vollständig geleistet hat. Zudem hat er für den oben angeführten Arbeitnehmer für den hier vorliegenden Antragszeitraum keine anderen Sozialversicherungsleistungen beantragt (Krankengeld, Kurzarbeitsentschädigung, Unfalltaggeld, etc.).

Beilage: letzte Lohnabrechnung

Verpflichtung:

- Hiermit bestätigt der Arbeitgeber, dass er alle Angaben wahrheitsgetreu und vollständig eingetragen hat; auch nimmt er davon Kenntnis, dass er sich für unwahre Angaben und das Verschweigen von Tatsachen, die zu einer ungerechtfertigten Auszahlung von Taggeldleistungen führen könnten, allenfalls strafbar macht und die zu Unrecht bezogenen Leistungen zurückzuerstatten hat.

Einwilligung:

- Hiermit erteilt der Arbeitgeber der Krankenkasse die Einwilligung, dem Amt für Volkswirtschaft die Auskünfte und Daten weiter zu geben, die zur Beurteilung eines allfälligen Antrags auf Kurzarbeitsentschädigung erforderlich sind.



REGIERUNG
DES FÜRSTENTUMS LIECHTENSTEIN

Ort:	
Datum:	
Unterschrift Arbeitgeber:	
Unterschrift Arbeitnehmer:	

Bei elektronischer Einreichung wird bis auf weiteres auf die Unterschriftenerfordernis verzichtet. Die Unterzeichnung des Antrags kann ohne Angabe von Gründen jederzeit seitens der zuständigen Krankenkasse bzw. des AVW angefordert werden.