

Gagoz 75, Postfach 363, FL-9496 Balzers  
T +423 – 388 19 90

[www.fkb.li](http://www.fkb.li), [info@fkb.li](mailto:info@fkb.li)

### **Antrag auf Krankentaggeld weiterhin krank**

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit beziehen wir uns auf die Meldung vom \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Als Ihre Krankengeldversicherung benötigen wir zur Überprüfung unserer Leistungspflicht gemäss Art. 14 Abs. 5 des liechtensteinischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) folgende Angaben:

Bisheriger Arbeitgeber:

---

Auf welches Datum wurde das Arbeitsverhältnis rechtsgültig aufgelöst (Austritt per):

---

Wurde eine IV-Früherfassung durchgeführt (falls ja, bitte ergänzende Informationen):

---

Wurde eine IV-Anmeldung für berufliche Massnahmen / Rente vorgenommen (falls ja, bitte ergänzende Informationen):

---

Wurden andere Leistungen beantragt (z.B. Taggelder bei der Arbeitslosenversicherung). Falls ja, bitte ergänzende Informationen:

---

Beziehen Sie bereits eine Rente (falls ja, bitte ergänzende Informationen):

---

Folgende Unterlagen sind beizulegen und zusammen mit diesem Schreiben spätestens 30 Tage nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses einzureichen:

- Kündigungsschreiben (bei Differenzen zum Austritt z.B. Sperrtage, bitte ergänzende Informationen zum definitiven Austrittsdatum)
- Ärztliches Attest über das Austrittsdatum hinaus
- Aktuelle Vollmacht
- Quellensteuerformular
- Verfügungen betreffend Taggelder oder Renten

Gagoz 75, Postfach 363, FL-9496 Balzers  
T +423 – 388 19 90

[www.fkb.li](http://www.fkb.li), [info@fkb.li](mailto:info@fkb.li)

Aktuelle Kontaktdaten:

E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

#### Beitrittserklärung

Ich beantrage für mich bzw. für die von mir vertretene Person die Ausrichtung von Krankengeld gemäss Art. 14 Abs. 5 des liechtensteinischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) direkt an mich bzw. an die von mir vertretene Person.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Ärztinnen und Ärzten, bei Therapeutinnen und Therapeuten sowie bei Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften nötigenfalls Auskunft über Gesundheitsverhältnisse eingeholt wird, und entbinde alle Medizinal- und medizinisch-therapeutischen Personen gegenüber der FKB vom Berufsgeheimnis.

Im Weiteren bin ich einverstanden, dass die FKB die für die Schadenfallbearbeitung erforderlichen Daten an andere Versicherer übermittelt. Ich bin ausserdem mit der Übermittlung von Daten und mit der Korrespondenz über die angegebene E-Mail-Adresse einverstanden.

Hiermit bestätige ich, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Ergänzenden Versicherungsbestimmungen, die Gemeinsamen Versicherungsbestimmungen, die Leistungsübersichten, die Produktblätter, die Kundeninformation, die Datenschutzerklärung und die Statuten für die beantragten Versicherungsprodukte erhalten oder beschafft zu haben und den Inhalt dieser Dokumente zu kennen.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Gerne können Sie uns die Unterlagen auch auf [taggeld@fkb.li](mailto:taggeld@fkb.li) senden.

Besten Dank für Ihre Mitarbeit.

Freundliche Grüsse  
**FKB – Die liechtensteinische Gesundheitskasse**