

Ihr Name
Straße, Hausnummer
Stadt, PLZ

Frau / Herr
Name des Arbeitgebers
Straße, Hausnummer
Stadt, PLZ

Stadt, den Datum

Geltendmachung von Krankengeldzuschuss

Sehr geehrte Damen und Herren,

neben der nach §§ 34 Abs. 3 TVöD/TV-L anerkannten Beschäftigungszeit von _____ ist auch meine bei anderen Arbeitgebern in einem Arbeitsverhältnis zurückgelegte Zeit von _____ zu berücksichtigen, da der Ausschluss von Zeiten bei anderen Arbeitgebern unzulässig ist (EuGH vom 05.12.2013 – C 514/12).

Insgesamt erfülle ich daher eine Beschäftigungszeit von _____, so dass mir nach Ablauf der Entgeltfortzahlungsfrist von sechs Wochen seit dem _____ Krankengeldzuschuss

bis zum Ende der 13. Woche (nur TVöD und TV-L) *)

bis zum Ende der 39. Woche (TVöD, TV-L und TV-V) *)

seit dem Beginn meiner Arbeitsunfähigkeit zusteht.

Meine sich aus den für mich geltenden tariflichen Vorschriften ergebenden Ansprüche auf Krankengeld aufgrund meiner seit dem _____ bestehenden Arbeitsunfähigkeit mache ich deshalb hiermit – auch rückwirkend im Rahmen der Ausschlussfrist – geltend.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang meines Antrages.

Mit freundlichen Grüßen

Name, Unterschrift

*) Zutreffendes bitte ankreuzen