

Versicherungsnummer
---------------------



## Erklärung der Versicherten / des Versicherten für jedes zusätzliche Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

# CA0522

Diese Erklärung ist wenige Tage vor Beginn der Leistung zur onkologischen Rehabilitation (Rehabilitationsleistung) auszufüllen und Ihrer Arbeitsgemeinschaft **zusätzlich zum Formular CA0512** zu übersenden.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Angaben zum Arbeitgeber beziehungsweise Versicherungsverhältnis	

### 1 Angaben zum zusätzlichen Beschäftigungsverhältnis / Versicherungsverhältnis

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung

**versicherungspflichtig beschäftigt** und das Entgelt wird nicht für die gesamte Dauer der Rehabilitationsleistung gezahlt. Die **Formulare CA0513** - Hinweise für den Arbeitgeber, **CA0514** - Erläuterungen zur Entgeltbescheinigung für den Arbeitgeber und **CA0515** - Entgeltbescheinigung zur Berechnung von Übergangsgeld sind dem Arbeitgeber vorzulegen.

Ich stehe / stand zuletzt in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem **Arbeitsentgelt im Übergangsbereich** (beziehungsweise bis 30.06.2019 innerhalb der Gleitzone).

nein     ja

Falls das Arbeitsentgelt innerhalb der Gleitzone lag: Ich hatte auf die Beitragsminderung in der Rentenversicherung verzichtet.

nein     ja

**arbeitsunfähig** krank seit: \_\_\_\_\_

und beziehe **Entgeltfortzahlung** vom Arbeitgeber. Die **Formulare CA0513, CA0514 und CA0515** sind dem Arbeitgeber vorzulegen.

und beziehe **Krankengeld als Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die **Formulare CA0513, CA0514 und CA0515** sind **nicht** dem Arbeitgeber vorzulegen.

und beziehe **Krankengeld als freiwillig Versicherter** von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von einem privaten Versicherungsunternehmen Krankentagegeld. Die **Formulare CA0513, CA0514 und CA0515** sind dem Arbeitgeber vorzulegen.

und beziehe **Verletztengeld** von \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

und erhalte **Sachbezüge** bis \_\_\_\_\_ in Höhe von

monatlicher Betrag brutto
monatlicher Betrag netto

Versicherungsnummer

noch Ziffer 1

Ich bin zu Beginn der Rehabilitationsleistung

**arbeitslos / arbeitsuchend** seit: \_\_\_\_\_

und erhalte **Arbeitslosengeld**. Den Beginn der Rehabilitationsleistung habe ich der Agentur für Arbeit mitgeteilt. Den Bewilligungsbescheid / Änderungsbescheid und Aufhebungsbescheid füge ich bei.

und erhalte **kein Arbeitslosengeld** von der Agentur für Arbeit (zum Beispiel wegen Sperrzeit). Die Mitteilung über das Ruhen der Leistung füge ich bei.

**arbeitsunfähig** krank seit \_\_\_\_\_ ausgesteuert seit \_\_\_\_\_ und beziehe **Arbeitslosengeld**.

**selbständig erwerbstätig**.

Für das letzte Kalenderjahr wurden **Beiträge** zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt.

nein  ja

Mein Betrieb / Gewerbe ist zu Beginn der Rehabilitationsleistung beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit angemeldet.

nein  ja

Ich bin freiberuflich tätig.

nein  ja

In meinem Betrieb / Gewerbe sind weitere Personen beschäftigt.

nein  ja

## 2 Versicherungspflicht zur Arbeitslosenversicherung

Ich habe mich bei der Agentur für Arbeit in der Arbeitslosenversicherung auf Antrag selbst versichert (Antragspflichtversicherung nach § 28a Drittes Buch Sozialgesetzbuch).

nein  ja

Beginn der Versicherungspflicht: \_\_\_\_\_

Die Versicherungspflicht dauert bis zum Beginn der Rehabilitationsleistung an.

## 3 Erklärung

Ich versichere, alle Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Mir ist bekannt, dass falsche oder unterlassene Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen können. Ich verpflichte mich, der Arbeitsgemeinschaft jede Änderung meiner Angaben ohne Aufforderung unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Versicherten / des Versicherten