

Helsana Versicherungen AG
Postfach
8081 Zürich

Erwerbsausfallsentschädigung und/oder anderer Aufwand vom Spender nach Nieren-, Leber- oder Stammzellenspende

<hr/>	
Transplantationsart	<hr/>
Transplantationsspital	<hr/>
1 Spender / Spenderin	Name, Vorname <hr/>
	Geburtsdatum <hr/>
	Strasse, Nr. <hr/>
	PLZ, Ort <hr/>
	Krankenversicherer <hr/>
	Versicherungs-Nr. <hr/>
	Beziehung zum Empfänger <hr/>
	Ausgeübter Beruf <hr/>
	<input type="checkbox"/> Selbständig <input type="checkbox"/> Angestellt bei <hr/>
2 Arbeitgeber Spender / Spenderin	Firma <hr/>
	Strasse, Nr. <hr/>
	PLZ, Ort <hr/>
	Bank, Filiale <hr/>
	IBAN <hr/>
	Bankkonto <hr/>
3 Empfänger / Empfängerin	Name, Vorname <hr/>
	Geburtsdatum <hr/>
	Strasse, Nr. <hr/>
	PLZ, Ort <hr/>
	Krankenversicherer <hr/>
	Versicherungs-Nr. <hr/>
4 Beilagen	<input type="checkbox"/> Arbeitsbestätigung des Arbeitgebers (nur bei Angestellten)
Für die Erstattung zusätzlicher Aufwände sind folgende Originalquittungen einzureichen:	<input type="checkbox"/> Letzte definitive Steuerveranlagung (nur bei Selbständigerwerbenden)
	<input type="checkbox"/> Monatslohnabrechnung
	<input type="checkbox"/> 3–6 Monatslohnabrechnungen (bei Angestellten im Stundenlohn)
	<input type="checkbox"/> Abschliessendes Arztzeugnis für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit
	<input type="checkbox"/> Einzahlungsschein des Arbeitgebers oder der Firma
	<input type="checkbox"/> Diverse Quittungen / Belege
<hr/>	<hr/>
Ort und Datum	Unterschrift Spender / Spenderin
<hr/>	<hr/>