

Arbeitsunfähigkeitsschein

Versicherungsnehmer/in

Firmenname:	<input type="text"/>	Ansprechperson:	<input type="text"/>
Strasse / Nr.:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Postfach:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Versicherte Person

Name:

Vorname:

Strasse / Nr.:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr

Nationalität:

Zivilstand:

Telefon:

Natel:

Datum der Anstellung

Arbeitsverhältnis ist ungekündigt gekündigt per

Aktuelle berufliche Tätigkeit

Tätigkeit ist überwiegend stehend sitzend wechselnd
 administrativ körperlich

Müssen regelmässig Gewichte über 5 kg gehoben werden? ja nein

Personenkreis Gesamtes Personal Kader / Inhaber

Handelt es sich um eine Mutterschaft? ja nein

Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin?

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit?

Die erkrankte Person hat gearbeitet bis und mit:

Lohn

Vertraglicher AHV-pflichtiger Grundlohn pro Monat (brutto, ohne Kinderzulage)

Gratifikation / 13. Monatslohn (nur angeben, wenn nicht im Grundlohn enthalten)

Andere Lohnzahlungen (nur angeben, wenn nicht im Grundlohn enthalten)

Stundenlohn

Vertraglicher AHV-pflichtiger Stundenlohn (brutto, inkl. Fereientschädigung, 13. Monatslohn)

Durchschnittliche Anzahl Stunden pro Woche

Wichtiger Hinweis

Bitte senden Sie uns eine Kopie des Arbeitsunfähigkeitsscheins **innert 3 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu. Damit wir die Taggeldauszahlung korrekt vornehmen können, bitten wir Sie um die rasche Zustellung des ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisses.**

Sollte die Arbeitsunfähigkeit länger andauern, benötigen wir die ärztlichen Zeugnisse monatlich.

Wichtige Mitteilungen und Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Versicherungsnehmer/in