

Arbeitsunfähigkeitsmeldung infolge Krankheit		Schaden-Nr.		
1. Arbeitgeber	Firmenname	Telefon		
	Adresse	Police-Nr.		
	PLZ Ort	E-Mail		
2. Verletzte/r	Name, Vorname	Geburtsdatum	Zivilstand	
	Adresse	Tel. Nr.	AHV-Nr.	
	PLZ Wohnort	Geschlecht: weiblich männlich		
	Policennummer der Krankenkasse:	Staatsangehörigkeit: _____ Aufenthaltsbewilligung: A B C Andere		
3. Anstellung	Datum der Anstellung:	Ausgeübter Beruf:		
	Quellensteuerpflichtig Ja Nein	Im Zwischenverdienst? Ja Nein		
	Stellung: Höheres Kader Mittleres Kader Angestellte/r / Arbeiter/in Lernende/r			
	Verhältnis: unbefristeter Arbeitsvertrag befristeter Arbeitsvertrag Arbeitsverhältnis gekündigt per _____			
	Arbeitszeit der/des Verletzten: Stunden je Woche: _____	Arbeitet: regelmässig unregelmässig		
	Vertraglicher Beschäftigungsgrad: _____ %			
	Betriebliche Arbeitszeit (Stunden je Woche): _____			
4. Krankheit	Arbeitsunfähig seit? _____ ganz teilweise zu _____ %			
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit? _____			
	Wurde die Arbeit wieder aufgenommen? Ja, ab wann? _____ ganz, teilweise zu _____ % Nein			
	Art der Krankheit (wenn bekannt)? _____ Geburtstermin (bei Schwangerschaft)? _____ Behandelnder Arzt? _____			
5. Lohn	CHF pro	Stunde	Monat	Jahr
	Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)			
	Kinder-/ Familienzulagen			
	Ferien- / Feiertagsentschädigung in % oder CHF			
	Gratifikation / 13. Monatslohn in % oder CHF			
	Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord / Provision / Naturallohn)			
14. Andere Sozialversicherungen	Hat der/die Verletzte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenkasse, SUVA oder einer anderen obligatorischen Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Berufliche Vorsorgeeinrichtung? Wenn ja, wo? _____			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift
