

Arbeitsunfähigkeitsmeldung infolge Krankheit		Schaden-Nr.		
1. Arbeitgeber	Firmenname	Telefon		
	Adresse	Police-Nr.		
	PLZ Ort	E-Mail		
2. Verletzter/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
