

Arbeitsunfähigkeitsmeldung

durch Arbeitgeber

Bitte legen Sie das Arbeitsunfähigkeitszeugnis oder den Arbeitsunfähigkeitsschein bei.

1 Versicherungsnehmer/in

Firma	Partnernummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse, Hausnummer	E-Mail	PLZ/Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktperson	Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2 Versicherte Person

2.1 Personalien

Vorname	Name	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse, Hausnummer	PLZ/Ort	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummern	Geschlecht	
Privat <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
AHV-Nummer	Staatsangehörigkeit	Aufenthaltsbewilligung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Andere
Datum der Anstellung	Arbeitsverhältnis ist	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ungekündigt <input type="checkbox"/> gekündigt per <input type="text"/>	

2.2 Berufliche Tätigkeit

Aktuelle berufliche Tätigkeit	Branche	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tätigkeit ist überwiegend	<input type="checkbox"/> stehend	<input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> wechselnd
	<input type="checkbox"/> administrativ	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> Heben von Gewichten
Arbeitszeit		
<input type="checkbox"/> Regelmässig	<input type="checkbox"/> Unregelmässig	<input type="checkbox"/> Kurzarbeit
	<input type="checkbox"/> Betriebsüblich	<input type="text"/> Stunden / Woche <input type="text"/> Pensum in %
Weitere Arbeitgeber		
Name	Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2.3 Personenkreis

<input type="checkbox"/> Inhaber/in	<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Teilzeitangestellte/r	<input type="checkbox"/> Familienangehörige/r
<input type="checkbox"/> Aushilfe	<input type="checkbox"/> Lernende/r	<input type="checkbox"/> Pensioniert	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>

2.4 Lohn

Lohn in CHF

pro Stunde

pro Monat

pro Jahr

Bruttogehalt (AHV- Lohn)

2.5 Andere Versicherungsleistungen

Bezieht die versicherte Person oder hat sie Anspruch auf Leistungen aus Sozialversicherungen (AHV, Invalidenversicherung, Krankenversicherung, Militärversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung u.a.) oder Privatversicherungen, auch ausländischen Sozial- und Privatversicherungen, oder sind solche beantragt worden?

Nein

Ja (bitte legen Sie einen Beleg bei)

Name, Adresse der Versicherung

Art der Leistung

2.5 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig wegen

Krankheit

Unfall

Berufskrankheit

Mutterschaft

Voraussichtlicher Geburtstermin

Angabe zur Krankheit*

Rückenbeschwerden

Psychische Erkrankung

Herz-Kreislaufkrankung

*Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den Arbeitnehmer über die Weiterleitung der Information aufmerksam zu machen.

Krebsleiden

Andere Erkrankung

Rückfall

Nein

Ja

Welcher

Letzter Arbeitstag vor der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeitsgrad

 % von bis % von bis

Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit

 Tage

Name, Adresse des behandelnden Arztes

Sind weitere Abklärungen erwünscht?

Ja

Nein

Wichtige Mitteilungen und Bemerkungen

Ort

Datum

Stempel, Unterschrift Versicherungsnehmer