

Arbeitsunfähigkeitserklärung des Arbeitgebers bei Krankheit

Dossier-Nr.					
1. Arbeitgeber	Kollektive Versicherungsnr:	Administrative Abteilung:			
	Tel-Nr.:	Kontaktperson:			
	E-Mail:				
2. Arbeitnehmer	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau				
Name und Vorname:	Geburtsdatum:	AHV-Nummer (13 Zahlen):			
Strasse:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:			
PLZ Ort:	Quellensteuerpflichtig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Email:	Telefonnr.:	Mobile:			
	Arzt:				
3. Arbeitsverhältnis	Berufliche Tätigkeit: In welcher Abteilung? Datum der Anstellung:	Ablaufdatum bei einem Vertrag auf bestimmte Zeit:			
	Wurde dem Versicherten gekündigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	oder hat er gekündigt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Wenn ja, Datum der Bekanntgabe:	Auf welches Datum?			
4. Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit	Wann hat der Arbeitnehmer vor der Arbeitsunfähigkeit das letzte Mal gearbeitet? (Datum/Uhrzeit) :				
	Arbeitsunfähigkeit ab (Datum/Uhrzeit) :				
	Tatsächliche Wiederaufnahme der Arbeit am: zu %				
	Falls weiterhin arbeitsunfähig, voraussichtliche Dauer in Tagen:				
5. Grund der Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft, vorgesehener Termin:				
	Art der Erkrankung/Verletzung:				
	Handelt es sich um einen Rückfall einer früheren Krankheit? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von welcher:				
6. Kontrollen	Wird eine Kontrolle gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Landessprache die der Angestellte versteht:			
7. Arbeitszeit	Stunden pro Woche:	Stunden pro Jahr:	Beschäftigungsgrad in %:		
	Unregelmässige Arbeitszeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
8. Gehalt		Fr./Stunde	Fr./Tag	Fr./Monat	Fr./Jahr
	8.1 Bruttogehalt (ohne Punkte 8.2 und 8.3)				
	8.2 Ferien- und Feiertagsentschädigung	% oder			
	8.3 Gratifikation/13. Lohn	% oder			
	8.4 Andere Lohnzulagen	% oder			
	Welche?				
9. Leistungen anderer Versicherungen	Hat der Angestellte Anspruch auf Taggelder oder eine Rente oder hat er einen solchen geltend gemacht?				
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:				
	<input type="checkbox"/> IV / AHV	<input type="checkbox"/> Suva oder anderer UVG-Versicherer	<input type="checkbox"/> persönliche/private Versicherung		
	<input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung	<input type="checkbox"/> BVG	<input type="checkbox"/> Militärversicherung	<input type="checkbox"/> andere:	
	Im Fall einer BVG-Versicherung bei einer Stiftung der Groupe Mutuel wird diese Bescheinigung nach einer Wartefrist von 3 Monaten weitergeleitet.				
10. Zahlungsadresse	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer				
	Name und Adresse der Bank:				
	Post- oder Bankkonto-Nr				
11. Anmerkungen					

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift :