

Arbeitgeberbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Dossier-Nr. (Durch Versicherer auszufüllen):	Versicherungs-Nr.:
Kollektive Versicherungs-Nr.:	

1. Arbeitgeber	Tel-Nr.:	Kontaktperson:				
	Arbeitsstelle des Versicherten (Unternehmenssektor):					
2. Arbeitnehmer	Name und Vorname: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Geburtsdatum:	AHV-Nummer (13 Zahlen):			
	Strasse:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:			
	PLZ Ort:	Tel-Nr.:	Email:			
3. Arbeitsverhältnisse	Datum der Anstellung:	<input type="checkbox"/> Quellensteuerpflichtig				
	Berufliche Tätigkeit:					
	Wurde dem Versicherten gekündigt? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Auf welches Datum?			
	Hat der Versicherte gekündigt? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Auf welches Datum?			
4. Arbeitsunfähigkeit ab	Tag/Monat/Jahr	Stunde, Minute	Voraussichtliche Dauer (gemäss Ihren Kenntnissen) Tagen			
5. Grund der Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Mutterschaft, vorgesehener Termin: _____					
	Diagnose: Handelt es sich um einen Rückfall einer früheren Krankheit? Wenn ja, von wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
6. Kontrollen	Wird eine Kontrolle gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Begründung:					
7. Letzter Arbeitstag	Wann hat der Arbeitnehmer vor der Arbeitsunfähigkeit das letzte Mal gearbeitet? (Datum u. Stunde)					
8. Wiederaufnahme Arbeit	Hat der Arbeitnehmer die Arbeit aufgenommen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, ab dem: _____ zu _____ %					
9. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:					
	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:					
10. Arbeitszeit	Stunden pro Woche:	Stunden pro Jahr:	Beschäftigungsgrad in %:			
11. Gehalt			Fr./Stunde	Fr./Tag	Fr./Monat	Fr./Jahr
	11.1 Bruttogehalt (ohne Punkte 11.2 und 11.3)					
	11.2 Ferien- und Feiertagsentschädigung	% oder				
	11.3 Gratifikation/13. Lohn	% oder				
	11.4 Andere Lohnzulagen (z.B.)	% oder				
Bezeichnung						
12. Leistungen anderer Sozialversicherungen	Hat der Versicherte Anspruch auf eine Rente oder ein Taggeld einer Sozialversicherung: Krankenkasse, SUVA oder anderer Unfallversicherer, BVG, IV, AHV, MV, ALK					
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, von wem? _____					
Im Falle einer BVG-Versicherung bei einer Stiftung der Groupe Mutuel wird diese Bescheinigung nach einer Wartefrist von 3 Monaten weitergeleitet						
13. Zahlungsadresse	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer					
	Name und Adresse der Bank:					
	Konto-Nr. : PC-Konto-Nr.:					

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift:

An obenaufgeführten Versicherer senden