

Arbeitgeberbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Dossier-Nr.:

1. Arbeitgeber	Kollektive Versicherungsnr.:	Administrative Abteilung:			
	Tel-Nr.:	Kontaktperson:			
	E-Mail:				
2. Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum:	AHV-Nummer (13 Zahlen):			
	Name und Vorname:	Nationalität:	Aufenthaltsbewilligung:		
	Strasse:	Quellensteuerpflichtig:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	PLZ Ort:	Telefonnr.:	Mobile:		
	Email:	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: