

## Arbeitsunfähigkeitserklärung des Arbeitgebers bei Krankheit

Dossier-Nr.:

<b>1. Arbeitgeber</b>	Kollektive Versicherungsnr.:	Administrative Abteilung:			
	Tel-Nr.:	Kontaktperson:			
	E-Mail:				
<b>2. Arbeitnehmer</b> <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:			
	<b>3. Arbeitsverhältnis</b>				
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?					
<b>4. Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit</b>	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: _____				
<b>5. Grund der Arbeitsunfähigkeit</b>	<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: _____				
<b>6. Kontrollen</b>	Wird eine Kontrolle gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Landessprache die der Angestellte versteht: _____				
<b>7. Arbeitszeit</b>	Stunden pro Woche: _____ Stunden pro Jahr: _____ Beschäftigungsgrad in %: _____				
	Unregelmässige Arbeitszeiten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
<b>8. Gehalt</b>		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?					
<b>9. Leistungen anderer Versicherungen</b>	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.					
<b>10. Zahlungsadresse</b>	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer				
	Name und Adresse der Bank: _____				
	Post- oder Bankkonto-Nr.: _____				
<b>11. Anmerkungen</b>					

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift: