

## Arbeitsunfähigkeitserklärung des Arbeitgebers bei Krankheit

|  |   |        |   |         |
|--|---|--------|---|---------|
| <b>Dossier-Nr.</b>   |   |        |   |         |
| <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:   |         |
|  | Strasse:  |        | Aufenthaltsbewilligung:   |         |
|  | PLZ Ort:  |        | Quellensteuerpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |         |
|  | E-mail:   |        | Telefonnr.:   | Mobile: |
|  |   | 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   |        | Anzahl Home-Office-Tage pro Woche: _____  |         |
| <b>8. Gehalt</b>   |   |        | Fr./Stunde  | Fr./Tag |
|  | 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 :