

Arbeitsunfähigkeitserklärung bei Krankheit

Arbeitgeber

Firmeninformation

Firmenname	_____
Strasse / Nummer	_____
Adresszusatz	_____
PLZ / Ort	_____
Vertragsnummer	_____
Abteilung	_____
Telefonnummer	_____
E-Mail	_____
Kontaktperson	_____

Versicherte Person

Persönliche Angaben des Versicherten

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Vorname	_____
Name	_____
Mitarbeiter-ID	_____
Zivilstand	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Eintrager Partner <input type="checkbox"/> Getrennt <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Konkubinatspartner/in <input type="checkbox"/> Verheiratet
Geburtsdatum	Datum (tt/mm/jjjj) : _____
Nationalität / Aufenthaltsbewilligung	_____
Sozialversicherungsnummer	_____
Unterhaltspflichtige Kinder	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie eine Sozialversicherungsleistung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leistungsart	<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

Kontaktangaben der versicherten Person

Wohnland	_____
Strasse / Nummer	_____
Adresszusatz	_____
PLZ / Ort	_____
Telefonnummer	_____
E-Mail	_____

Angaben Bank-/Postkonto

Wem soll die Entschädigung bezahlt werden?	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Mitarbeiter
IBAN des Arbeitnehmers	_____

Arbeitsverhältnis

Vertragliche Informationen

Vertragsart	<input type="checkbox"/> Unbefristete Dauer <input type="checkbox"/> Befristete Dauer
Beginn des Arbeitsvertrags	Datum (tt/mm/jjjj) : _____
Ende des Arbeitsvertrags	Datum (tt/mm/jjjj) : _____
Wurde der Vertrag gekündigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Art der Kündigung	<input type="checkbox"/> Entlassung <input type="checkbox"/> Urlaub
Zustelldatum der Kündigung	Datum (tt/mm/jjjj) : _____
Zu welchem Termin?	Datum (tt/mm/jjjj) : _____

Funktion	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Höheres Kader <input type="checkbox"/> Lernende/r <input type="checkbox"/> Praktikant/in
Ausgeübter Beruf	_____
Üblicher Arbeitsplatz	_____

Arbeitszeiten

Arbeitszeit der versicherten Person	_____ AZ/Woche
Vertraglicher Beschäftigungsgrad	_____ %
Jahresarbeitszeit	_____ AZ/Jahr
Art der Besetzung der Stelle	<input type="checkbox"/> Regelmässig <input type="checkbox"/> Unregelmässig
Besteht für das Unternehmen Kurzarbeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anzahl Home-Office-Tage pro Woche	_____ Tage

Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit	
Art der Unfähigkeit	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Beschreibung der Krankheit	_____

Letzter Arbeitstag vor der Arbeitsunfähigkeit	Datum (tt/mm/jjjj) : _____ Uhrzeit [uu:mm] : _____
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	Datum (tt/mm/aaaa) : _____ Uhrzeit [uu:mm] : _____
Unfähigkeitsgrad	_____ %
Bemerkungen oder Kommentare	_____

Wiederaufnahme der Arbeit

Effektives Datum der Wiederaufnahme der Arbeit	Datum (tt/mm/jjjj) : _____
--	----------------------------

Kontrollbesuch

Wünschen Sie einen Kontrollbesuch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------	---

Löhne

Lohndaten

Quellensteuerpflichtig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Betrag des Bruttolohns	_____
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> Pro Jahr <input type="checkbox"/> Pro Stunde <input type="checkbox"/> Pro Monat <input type="checkbox"/> Pro Tag
Bonus, 13. Monatslohn (und folgend)	_____
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> Pro Jahr <input type="checkbox"/> Pro Stunde <input type="checkbox"/> Pro Monat <input type="checkbox"/> Prozentsatz

Andere Leistungen

Entschädigungen für Ferien, Feiertage	_____
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> Pro Jahr <input type="checkbox"/> Pro Stunde <input type="checkbox"/> Pro Monat <input type="checkbox"/> Prozentsatz
Kinder- und Familienzulagen	_____
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> Pro Jahr <input type="checkbox"/> Pro Stunde <input type="checkbox"/> Pro Monat
Teuerungszulage	_____
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> Pro Jahr <input type="checkbox"/> Pro Stunde <input type="checkbox"/> Pro Monat
Andere Lohnergänzungen	_____
Häufigkeit	_____
Gesamtbetrag der Lohnergänzungen	_____
Häufigkeit	<input type="checkbox"/> Pro Jahr <input type="checkbox"/> Pro Stunde <input type="checkbox"/> Pro Monat

Ort und Datum: _____