

Arbeitgeberbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeberbescheinigung der Arbeitsunfähigkeit		Dossier-Nr. (Durch Versicherer auszufüllen)				
		Kollektive Versicherungs-Nr. 5181				
1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel-Nr.:	Kontaktperson:			
	Abr. Nr.	Arbeitsstelle des Versicherten (Unternehmenssektor)				
2. Arbeitnehmer	Name und Vorname	Geburtsdatum	AHV-Nr.			
	Strasse	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung			
	PLZ Ort	Tel-Nr.	Versicherungs-Nr.			
3. Arbeitsver- hältnis	Datum der Anstellung : _____					
	Berufliche Tätigkeit : _____					
	Wurde dem Versicherten gekündigt ?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
	Wenn ja, wann ?		Auf welches Datum ?			
Hat der Versicherte gekündigt ?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Wenn ja, wann ?		Auf welches Datum ?				
4. Arbeits- unfähigkeit ab	Tag/Monat/Jahr	Stunde, Minute	Voraussichtliche Dauer (gemäss Ihren Kenntnissen)			
5. Grund der Arbeits- unfähigkeit	<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 ?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
	Wenn ja, von wann ?		Für schwangere Arbeitnehmerinnen : welches sind die gewählten Daten des Mutterschaftsurlaubes ?			

6. Kontrollen	Wird eine Kontrolle gewünscht ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
Wenn ja, aus welchem Grund ? _____						
7. Letzter Arbeitstag	Wann hat der Arbeitnehmer vor der Arbeitsunfähigkeit das letzte Mal gearbeitet ? (Datum u. Stunde)					
8. Wiederauf- nahme Arbeit	Hat der Arbeitnehmer die Arbeit ganz aufgenommen ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, ab dem :					
	Hat der Arbeitnehmer die Arbeit teilweise aufgenommen ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, ab dem : zu %					
9. Adresse des Arztes	Name und Adresse des behandelnden Arztes: _____					

Wurde der Arbeitnehmer hospitalisiert ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, wo ? _____						
10. Arbeitszeit	Stunden pro Woche :		Stunden pro Jahr :		Beschäftigungsgrad in %:	
11. Gehalt	Grundgehalt (Brutto)		Fr./Stunde	Fr./Tag	Fr./Monat	Fr./Jahr
	Ferien- und Feiertagschädigung		% oder			
	Gratifikation/13. Lohn		% oder			

12. Leistungen anderer Sozialver- sicherungen	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. Zahlungs- Adresse	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer					
	Name und Adresse der Bank					
	Konto-Nr. :		PC-Konto-Nr.:			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift