

Arbeitsunfähigkeits-Anzeige

1. Arbeitgeber

Firmenname:	PLZ/Ort:
Strasse:	Telefon Nr.:
Kollektiv Nr.:	

2. Versicherte Person

Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Nationalität:
Telefon Privat:	Aufenthaltsbewilligung:
Früherer Arbeitgeber:	Versicherung: % ab Tag
Quellensteuerpflichtig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

3. Anstellung

In der Firma seit:	Arbeitsverhältnis ist:
Tag Monat Jahr	<input type="checkbox"/> ungekündigt <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> aufgelöst per

4. Stellung der versicherten Person im Betrieb

<input type="checkbox"/> gelernt	<input type="checkbox"/> angelernt
<input type="checkbox"/> ungelernt	<input type="checkbox"/> Lehrling

5. Die Arbeit krankheitshalber verlassen am

Tag Monat Jahr	Art der Erkrankung/Verletzung
--	-------------------------------

6. Der Versicherte hat nicht gearbeitet

vom	bis
<input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> Fortsetzung <input type="checkbox"/> Rückfall	

7. Arztadressen

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik:	Nachbehandelnder Arzt bzw Spital/Klinik

