



## Arbeitsunfähigkeitsschein

### Versicherungsnehmer/in

Firmenname: \_\_\_\_\_ Ansprechperson: \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Postfach: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Versicherte Person

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_  
Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Natel: \_\_\_\_\_

Datum der Anstellung \_\_\_\_\_  
Arbeitsverhältnis ist  ungekündigt  gekündigt per \_\_\_\_\_  
Aktuelle berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_  
Tätigkeit ist überwiegend  stehend  sitzend  wechselnd  
 administrativ  körperlich  
Müssen regelmässig Gewichte über 5 kg gehoben werden?  ja  nein  
Personenkreis  Gesamtes Personal  Kader / Inhaber  
Handelt es sich um eine Mutterschaft?  ja  nein  
Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin? \_\_\_\_\_  
Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit? \_\_\_\_\_  
Die erkrankte Person hat gearbeitet bis und mit: \_\_\_\_\_

### Lohn

Vertraglicher AHV-pflichtiger Grundlohn pro Monat (brutto, ohne Kinderzulage) CHF \_\_\_\_\_  
Gratifikation / 13. Monatslohn (nur angeben, wenn nicht im Grundlohn enthalten) CHF \_\_\_\_\_  
Andere Lohnzahlungen (nur angeben, wenn nicht im Grundlohn enthalten) CHF \_\_\_\_\_

### Stundenlohn

Vertraglicher AHV-pflichtiger Stundenlohn (brutto, inkl. Fereinenterschädigung, 13. Monatslohn) CHF \_\_\_\_\_

**Durchschnittliche** Anzahl Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

### Wichtiger Hinweis

Bitte senden Sie uns eine Kopie des Arbeitsunfähigkeitsscheins **innert 3 Tagen nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit zu. Damit wir die Taggeldauszahlung korrekt vornehmen können, bitten wir Sie um die rasche Zustellung des ärztlichen Arbeitsunfähigkeitszeugnisses. Sollte die Arbeitsunfähigkeit länger andauern, benötigen wir die ärztlichen Zeugnisse monatlich.**

### Wichtige Mitteilungen und Bemerkungen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Versicherungsnehmer/in