



## Arbeitsunfähigkeitsschein

### Versicherungsnehmer/in

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

### Versicherte Person

Name:	Datum der Anstellung	Arbeitsverhältnis ist	ungekündigt	gekündigt per	
Vorname:	Aktuelle berufliche Tätigkeit	Tätigkeit ist überwiegend	stehend	sitzend	wechselnd
Strasse / Nr.:			administrativ	körperlich	
PLZ / Ort:		Müssen regelmässig Gewichte über 5 kg gehoben werden?	ja	nein	
Geburtsdatum: Tag Monat Jahr		Personenkreis	Gesamtes Personal	Kader / Inhaber	
Nationalität:		Handelt es sich um eine Mutterschaft?	ja	nein	
Zivilstand:		Wenn ja, voraussichtlicher Geburtstermin?			
Telefon:		Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit?			
Natel:		Die erkrankte Person hat gearbeitet bis und mit:			

### Lohn

Vertraglicher AHV-pflichtiger Grundlohn pro Monat (brutto, ohne Kinderzulage)

Gratifikation / 13. Monatslohn (nur angeben, wenn nicht im Grundlohn enthalten)

Andere Lohnzahlungen (nur angeben, wenn nicht im Grundlohn enthalten)

### Stundenlohn

Vertraglicher AHV-pflichtiger Stundenlohn (brutto, inkl. Fereientschädigung, 13. Monatslohn)

**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