

Meldung Arbeitsunfähigkeit

1. Arbeitgeber

Kontaktperson für Rückfragen:

Telefon-Nr. und E-Mailadresse:

2. Versicherte Person

Anrede:

Herr

Frau

AHV-Nr.:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Telefon-Nr. P:

E-Mailadresse:

3. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Beginn des Arbeitsverhältnisses:

Beschäftigungsgrad vor der Arbeitsunfähigkeit:

Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Unfall

Krankheit

Jahreslohn bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Erfolgte bereits eine Anmeldung bei der IV?

Ja

Nein

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

in % _____

vom _____

bis _____

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

in % _____

vom _____

bis _____

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

in % _____

vom _____

bis _____

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

in % _____

vom _____

bis _____

Ende der Lohnfortzahlungspflicht:

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber: