|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gesellschaft | Versicherer |  | | | | | Police Nr. | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Arbeitgeber | Name |  | | | | | Zuständig | | |  | | |
|  | Adresse |  | | | | | Email | | |  | | |
|  | PLZ Ort |  | | | | | Bank/Post | | |  | | |
|  | Telefon |  | | | | | IBAN | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Erkrankter Mitarbeiter | Name |  | | | | | Telefon | | |  | | |
|  | Vorname |  | | | | | Email | | |  | | |
|  | Strasse |  | | | | | Geschlecht | | | M | W | |
|  | PLZ Ort |  | | | | | Bank/Post | | |  | | |
|  | Geb.Dat. |  | | | | | IBAN | | |  | | |
|  | AHV-Nr. | 756.      .     . | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Arbeitszeit | Tage/Woche |  | | | | | Stunden | | |  | | |
|  | Einsatz | Regelmässig  Unregelmässig | | | | | Pensum | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Arbeitsverhältnis |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Anstellung |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Verhältnis aufgelöst | Nein | Ja, per wann | | | | |  | | | Kopie Kündigung beilegen | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Datum Erkrankung |  | | | | | | | | | | | |
| Arbeitsausfall | Nein | | Ja, wie lange und wieviel? | | |  | | | % | | | |
| Arbeit wieder aufgenommen | Ja | | Nein, wann? | | |  | | | | | | |
| Krankheitsgrund (falls bekannt) |  | | | | | | | | | | | |
| Erstbehandelnder Arzt |  | | | | | | | | | | | |
| Nachbehandelnder Arzt |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
| **Arbeitsplatz** |  | | | | | | | | | | | |
| Körperliche Belastung | leicht | | | mittel | | | | hoch | | | | |
| Arbeitsverrichtung | sitzend | | | stehend | | | | sitzend + stehend | | | | |
| Heben von Gewichten | nein | | | ja, wieviel kg? | | | |  | | | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Lohnangaben | Grundlohn |  | | | Monat | | Stunde | | | Jahr | | |
| Nur auszufüllen, wenn | 13. Lohn |  | | | Monat | | Stunde | | | Jahr | | |
| Arbeitsunfähigkeit | Gratifikation |  | | | Monat | | Stunde | | | Jahr | | |
| eingetreten ist | Kinderzulage |  | | | Monat | |  | | |  | | |
|  | Bei unregelmässiger Beschäftigung bitte Lohnjournal der letzten 12 Monate vor dem Unfall beilegen. | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Zusätzliche Fragen | Besteht ein anderes Arbeitsverhältnis? | | | | | | | | | nein | | ja |
|  | Gibt es andere beteiligte Sozial-Versicherungen? | | | | | | | | | nein | | ja |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
| Bemerkungen |  | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  |  | | | | |  | | |  | | |
|  |  | | | | | |  | | |  | | |
| Ort/Datum |  | | | | | | Unterschrift | | |  | | |