

ICM Absenzmeldeformular

Versicherungsnummer:

Policennummer:

Personenkreis:

Arbeitgeber:

Firmenname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Versicherte Person:

Name

Vorname

Mann Frau

Strasse

PLZ/Wohnort

Telefon Privat

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Nationalität

Aufenthaltsbewilligung

Früherer Arbeitgeber

Quellensteuerpflichtig ja nein

ZAR-Nr.

Datum der Anstellung:

Tag

Monat

Jahr

Das Arbeitsverhältnis ist ungekündigt

befristet bis

aufgelöst per

Stellung/Tätigkeit im Betrieb:

Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Datum:

Grad:

%

Voraussichtliche Dauer:

Falls die Arbeit in der Zwischenzeit wieder aufgenommen wurde, wann:

zu: %

Ursache: Krankheit

Unfall

Berufskrankheit

Mutterschaft

Arztadressen:

Erstbehandelnder Arzt bezw. Spital/Klinik:

Nachbehandelnder Arzt bezw. Spital/Klinik:

Art der Erkrankung / Verletzung:

Arbeitszeit der/des Versicherten: Tage pro Woche Stunden pro Woche regelmässig unregelmässig
Betriebsübliche wöchentliche Arbeitsstunden:

Teilpensum aus gesundheitlichen Gründen ja nein

Lohn:

(* soweit AHV-Pflichtig) Sofern möglich, bitte um Angabe des Jahreslohnes

Barlohn	CHF pro	Stunde	Tag	Monat	Jahr
* Grundlohn (brutto)					
Kinder-/Familienzulage (* sofern versichert)					
* Teuerungszulage					
* Akkord / Provision					
* Ferienschädigung	% oder				
* Feiertagsentschädigung	% oder				
* Gratifikation / 13. Monatslohn	% oder				
* andere Lohnzahlungen, Art:					
* Naturallohn					

Weitere Arbeitgeber:

Andere Sozialversicherungsleistungen:

Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente einer Krankenversicherung, einer obligatorischen Unfallversicherung nach OUFL, der AHV-IV-FAK, Militär-, Arbeitslosenversicherung, Pensionskasse? nein ja, bei welcher Versicherung

Wenn nein, wurde ein Taggeld- oder Rentenanspruch gegenüber den erwähnten Versicherungen geltend gemacht? nein ja, bei welcher Versicherung

Die Taggeldauszahlung überweisen auf:

Bankkonto Nr.

BLZ / BC

Name der Bank

Postcheckkonto Nr.

Anmeldung ICM:

ja Grund der Absenz

Bemerkungen:

Stempel und Unterschrift Arbeitgeberin / Arbeitgeber:

Ort und Datum: