elipsLife
Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich-Oerlikon
T + 41 44 215 45 40, F +41 44 215 45 41
www.elipsLife.com

elipsLife

Sunet - Arbeitsunfähigkeitsmeldung **Doppel für den Betrieb**	Schaden-Nummer

1. Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl	Tel.-Nr.	Policen Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)	
		Üblicher Arbeitsplatz des/der Erkrankten (Betriebszweig)	
2. Erkrankte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
		Tel.-Nr. (sofern bekannt)	Staatsangehörigkeit
		Zivilstand	Geschlecht
3. Anstellung	Datum der Anstellung	Ausgeübter Beruf	Personengruppe / -kreis
	Stellung: ☐ Höheres Kader ☐ Mittleres Kader ☐ Angestellte/r / ArbeiterIn ☐ Lehrling ☐ Praktikant/In Verhältnis: ☐ unbefristeter Arbeitsvertrag ☐ befristeter Arbeitsvertrag ☐ Arbeitsverhältnis gekündigt		
	Arbeitszeit des/der Erkrankten: Stunden je Woche Betriebsübliche Vollarbeitszeit: Stunden je Woche	Vertraglicher Beschäftigungsgrad: Arbeitseinsatz:	
4. Ereignis	Erkrankungsdatum:		
5. Arbeits-unfähigkeit	Arbeit zufolge Krankheit ausgesetzt? ☐ **ja** ☐ **nein** Wenn ja, ab wann?		
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:	Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? ☐ ganz ☐ teilweise	
6. Arztadressen	Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	Nachbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik	

7. Lohn	**CHF pro**	**Stunde**	**Monat**	**Jahr**
Vertraglicher Grundlohn inkl. Teuerungszulage (brutto)				
Kinder-/Familienzulagen				
Ferien-/Feiertagsentschädigung				
Gratifikation/13. Monatslohn				
Andere Lohnzulagen (z.B. Akkord/Provision/Naturallohn/Schichtzulage)				
Bezeichnung:				

8. Andere Versiche-rungen	Hat der/die Versicherte bereits Anspruch auf Taggeld oder Rente bei: Krankenversicherung, Suva oder anderer obligatorischer Unfallversicherung, Invalidenversicherung, Alters- und Hinterlassenenversicherung, Berufliche Vorsorgeeinrichtung, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, oder auf Mutterschaftsenschädigung? Wenn ja, wo?
9. Bemerkung an die Versicherung	

Die erkrankte Person ermächtigt elipsLife die zur Abwicklung des Leistungsfalles erforderlichen Daten zu bearbeiten. Sie ermächtig elipsLife ferner zur Einsichtnahme in die amtlichen, gerichtlichen, medizinischen und sonstigen Akten, soweit diese für die Abklärung des Leistungsfalles notwendig sind, und entbindet in diesem Rahmen die behandelnden Ärzte und Fachleute vom Arztgeheimnis. Der Versicherte ermächtigt elipsLife, die aus diesem Leistungsfall bekannten Daten innerhalb elipsLife weiterzuleiten. Die Einwilligung zur Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers

Unterschrift der erkrankten Person

Geht an: elipsLife

elipsLife
Thurgauerstrasse 54, Postfach, 8050 Zürich-Oerlikon
T + 41 44 215 45 40, F +41 44 215 45 41
www.elipsLife.com

Sunet - Arbeitsunfähigkeitsmeldung

Schaden-Nummer

Arbeitgeber	Name und Adresse mit Postleitzahl		Policen Nr.
		Kontaktperson (Name, Telefonnummer, E-Mail)	
Erkrankte Person	Name und Adresse mit Postleitzahl	Geburtsdatum	SV-Nummer / AHV-Nummer
Ereignis	Erkrankungsdatum:		
Arbeits-unfähigkeit	Arbeit zufolge Krankheit ausgesetzt? ☐ **ja** ☐ **nein**	Wenn ja, ab wann?	
	Voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit:	Falls Arbeit wieder aufgenommen: Ab wann? ☐ ganz ☐ teilweise	

Hinweise für die erkrankte Person

Dieser Arbeitsunfähigkeitsschein bleibt während der Dauer der Genesung in Ihren Händen; er ist dem Arzt bei jedem Besuch vorzulegen und nach Abschluss der Behandlung im Betrieb abzugeben.
Dieser Schein gilt nicht als Anerkennung einer Leistungspflicht.

Bei einem allfälligen Arztwechsel wollen Sie sich unverzüglich mit der Versicherung in Verbindung setzen.

Eine Arbeitsunfähigkeit wird durch den Arzt auf dem Arbeitsunfähigkeitsschein eingetragen.

Teilarbeitsfähige haben die volle Arbeitszeit einzuhalten, es sei denn, der Arzt schreibe aus medizinischen Gründen etwas anderes vor. (siehe Kasten unten links).*

Eintragungen des Arztes

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	des Arztes
* Evtl. Bemerkungen zur Teilarbeitsfähigkeit				
1) % d.h.		Std./Tag zu	%	
2) % d.h.		Std./Tag zu	%	
3) % d.h.		Std./Tag zu	%	

Datum		Arbeitsunfähigkeit		Unterschrift
und Zeit des nächsten Besuches	des erfolgten Besuches	Grad	Gültig ab	des Arztes
Die ärztliche Behandlung endete am		Medikamente bezogen bei: (Name und Adresse der Apotheke)		

Stempel und Unterschrift des Arztes

Geht an: Erkrankte(r) ➔ Arbeitgeber ➔ elipsLife