Bestätigung Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit durch den Arbeitgeber

Ist unverzüglich an untenstehende Adresse zu senden:

Berufliche Krankenversicherung des
Hoch- und Tiefbaus des Kantons Wallis
Rue de l'Avenir 11
1951 SITTEN
☎ 027 327 32 40

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Dossiernummer **(durch die Versicherung auszufüllen)**		Vertragsnummer	Firmennummer
1 . **Arbeitgeber**	Name, Adresse, PLZ und Ort	Tel.	Kontaktperson
		Arbeit des Arbeitnehmers (Firmensektor)	
2 . **Arbeitnehmer**	Name und Vorname Adresse PLZ Wohnort	Geburtsdatum	AHV-Nr. (11 Ziffern)
		Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
		Tel.	Nr. des Versicherten

3 . **Arbeits-beziehung**	Anstellungsdatum : Übliche berufliche Tätigkeit : Wurde der Arbeitnehmer entlassen? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, auf welches Datum ? mit welcher Frist? Hat der Arbeitnehmer gekündigt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, auf welches Datum ? mit welcher Frist?
4 . **Beginn der Arbeitsunfähigkeit**	Tag / Monat / Jahr Genaue Zeit (Std. / Min.) Voraussichtliche Dauer gemäss Ihrem Wissen
5 . **Grund der Arbeitsun-fähigkeit**	☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Berufskrankheit ☐ Schwangerschaft, vorgesehener Termin: Diagnose : Handelt es sich um einen Rückfall einer vorausgehenden Arbeitsunfähigkeit? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, um welche ? Bei der schwangeren Arbeitnehmerin, wann beginnt und endet ihr Schwangerschaftsurlaub ?
6 . **Kontrolle**	Wird eine Kontrolle gewünscht ? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, warum ?
7 . **Letzter Arbeitstag**	Wann hat der Arbeitnehmer vor seiner Arbeitsunfähigkeit **zum letzten Mal** in der Firma gearbeitet ? (Datum, Zeit)
8 . **Arbeits-aufnahme**	Hat der Arbeitnehmer seine Arbeit voll aufgenommen ? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, genaues Datum : Hat der Arbeitnehmer seine Arbeit teilzeitlich aufgenommen ? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, genaues Datum: Prozentuale Arbeitsfähigkeit: %
9 . **Adresse des Arztes**	Name und Adresse des behandelnden Arztes : Wurde der Arbeitnehmer hospitalisiert ? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wo ?
10. **Arbeitszeit**	Stunden pro Woche : Stunden pro Jahr : Beschäftigungsgrad in % :

11. **Lohn**	**Fr./ Stunde**	**Fr./ Tag**	**Fr./Monat**	**Fr./ Jahr**
Grundlohn (brutto)				
Eventuelle Zulagen				
Entschädigungen für Ferien/bezahlte Feiertage % oder				
Gratifikation/13. Monatslohn % oder				

12. **Weitere Leistungen von Sozial-versicherungen**	Bezieht der Versicherte eine Taggeldentschädigung oder eine Sozialversicherungsrente : Krankenkasse, SUVA oder andere obligatorische Unfallversicherungen, BVG, IV, AHV, MV, ALV? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, von welcher ?
13. Zahlungs-adresse	☐ Arbeitgeber ☐ Arbeitnehmer Name und Adresse der Bank: Kontonummer : PC :

Ort und Datum : Stempel und Unterschrift

--- ---