

rhenusALAER

Schadenanzeige

Angaben zur Firma

Name: _____
Vertragsnummer: _____
zuständige Kontaktperson: _____ Tel.-Nr. _____

Angaben zur versicherten Person

Vorname/Nachname: _____
 m w

Strasse/PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr. _____

Jahreslohnsumme (inkl. 13 ML): _____ Lohn in CHF _____

Personengruppe im Vertrag: _____

Arbeitsverhältnis: unbefristet befristet gekündigt per _____

Rückfall: Ja Nein

Wenn „Ja“ von welchem Leiden und Datum der AUF:

Arbeitsunfähig: von _____ bis _____

zu 100% 50% _____

infolge: Krankheit Unfall Mutterschaft

voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Diagnose: _____

voraussichtliche Arbeitsaufnahme: _____

Bemerkungen: _____

Ort und Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: _____

Bitte mit Arztzeugnis an folgende Adresse senden:

rhenusana, die rheintaler krankenkasse, heinrich-wild-str. 210, 9435 heerbrugg