vita surselva
ihr krankenversicherer - nossa cassa

Schadenanzeige

Arbeitgeber:

Name und Vorname
Adresse, PLZ und Ort
Kontonummer / IBAN

vita surselva
Postfach 44
7130 Ilanz

Versicherte Person:

Name und Vorname	Geburtsdatum	Nationalität	Aufenthaltsbewilligung
Strasse	PLZ/Ort		
Bisheriger Arbeitgeber			Im Betrieb tätig seit:

Abwesenheit:

Den Arbeitsplatz verlassen am:	Zeit:	
<Auswählen>		

Arztadressen:

Erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik
Nachbeahndelnder Arzt

Lohndaten:

		Stundenlohn	Tageslohn	Monatslohn
Betriebsübliche Arbeitsstunden der versicherten Person		Std/Wo	Tage/Wo	
Bruttolohn (AHV-Pflichtig)				
Ferienentschädigung	% oder			
Feiertagsentschädigung	% oder			
Andere Lohnzulagen				
Gratifikation / 13. Monatslohn	% oder			

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers