

**Antrag auf Beitragsbefreiung / Zustellung diverser Dokumente**

Bitte beachten Sie, dass bei einer Arbeitsunfähigkeit **von mindestens 40 %** die Beitragsbefreiung nach 6 Monaten beginnt.

**Stamm-Nr.**

**Firma:**

**Versichertendaten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ ,

AHV Nr. : \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

zuletzt (als Gesunder) gemeldete AHV-Jahreslohnsumme: Fr. \_\_\_\_\_

**Angaben über die Arbeitsunfähigkeit**

Höhe des prozentualen Arbeitsausfalls: \_\_\_\_\_ %  
 Die Krankheit oder Unfall ist gemeldet bei: Krankenkasse   
 SUVA   
 IV

**Krankheit**

**Unfall**

Arbeitsunfähig seit: \_\_\_\_\_

Unfalldatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

- Taggeldkarte
- aktuelle Krankentaggeldabrechnung
- Schlussabrechnung Krankenkasse
- Kopie Arztzeugnis
- Kopie IV-Anmeldeformular
- Kopie IV-Formular für den Arbeitgeber
- Kopie IV-Verfügung

**Beilagen:**

- Unfallschein
- aktuelle SUVA - Taggeldabrechnung
- SUVA Schlussabrechnung der Taggelder
- SUVA Verfügung
- Kopie IV-Anmeldeformular
- Kopie IV-Formular für den Arbeitgeber
- Kopie IV-Verfügung

**(falls aus den Beilagen nicht ersichtlich, geben Sie uns bitte die Adresse des behandelnden Arztes an)**

**Adresse des behandelnden Arztes:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel, Unterschrift: \_\_\_\_\_