

Meldeformular für unbezahlten Urlaub

Vertrags-Nr.: U230_ - _ _

Name und Adresse der Praxis (auch Stempel möglich)

Praxisname: _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort: _____

Angaben der versicherten Person

Name: _____

Vorname: _____

AHV-Nummer: 756. _____

Unbezahlter Urlaub: von: _____ bis: _____

Jahreslohn bei Wiederaufnahme: _____

Beschäftigungsgrad: _____ %

Risikodeckung während Unterbruch: Ja Nein

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig? Ja Nein

Unterschrift des Praxisinhabers:

Datum: _____