



07.2009

(Jede Arbeitsunfähigkeit ist der HOTELA innert 30 Tagen seit deren Beginn zu melden)

VERSICHERUNGSNEHMER

Kundennummer :
 Betrieb :
 Sachbearbeiter :
 Strasse :
 PLZ / Ort :
 Telefonnummer :
 E-Mail :

VERSICHERTE PERSON

AHV-Nummer :
 Name :
 Vorname :
 Strasse :
 PLZ / Ort :
 Telefonnummer :
 E-Mail :
 Geburtsdatum :

BANKVERBINDUNG ODER PC-KONTO FÜR DIE ÜBERWEISUNG

Name der Bank :
 Adresse :
 Clearing :
 Kontoinhaber :
 IBAN :
 Postscheckkonto :

Eintrittsdatum in den Betrieb :
 Berufliche Tätigkeit :
 Nationalität : Zivilstand :
 Arbeitsbewilligung (nur für Ausländer) :
 B C F G L N
 Gültig : von bis
 Arbeitsvertrag gekündigt auf den :

regelmässige Arbeit unregelmässige Arbeit Arbeitszeit der versicherten Person : Tage/Woche Stunden/Woche
 Beschäftigungsgrad der versicherten Person : %

LOHN

Grundlohn (brutto)
 Teuerungszulage
 Akkord / Provision
 Kinder- / Familienzulagen
 Ferien- / Feiertagsentschädigung
 Andere Lohnzulagen
 Gratifikation / 13. Monatslohn

STUNDE	TAG	MONAT	JAHR

Bitte Kopien der letzten sechs Lohnabrechnungen beilegen.

An welcher Krankheit leidet die versicherte Person ?

Handelt es sich um eine Schwangerschaft ? Nein Ja Geburt vorgesehen am

Name, Vorname und Adresse des behandelnden Arztes

Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit % vom bis

Wiederaufnahme der Arbeit am vorgesehen am

Hat die versicherte Person bereits Anspruch auf Leistungen einer anderen Versicherung (Taggelder oder Rente) ? Nein Ja

Wenn ja, welche ?

Datum : **Stempel & Unterschrift des Versicherungsnehmers :**