

## 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: \_\_\_\_\_