

Von Ihrem Arbeitgeber oder Ihrem Sozialsekretariat auszufüllen

BESCHEINIGUNG ÜBER EINKOMMENSVERLUST

Zeichen/ Aktenzeichen:

Datum des Unfalls:

Ort des Unfalls:

Der Unterzeichnete (Arbeitgeber/Sozialsekretariat)

Name und Vorname:

Anschrift:

erklärt, dass:

Name und Vorname:

Anschrift:

1) für ihn als ARBEITER/ANGESTELLTER/BEAMTER (Nichtzutreffendes streichen) arbeitet und dass er/sie Opfer eines Unfalls mit den folgenden Wirkungen war

- Vollständige Arbeitsunfähigkeit vom (Datum)/...../..... bis einschließlich...../...../.....
- Teilweise Arbeitsunfähigkeit zu ... % vom (Datum)/...../..... bis einschließlich...../...../.....
- Wiederaufnahme der Arbeit seit dem/...../.....

2) Ein Nettoeinkommen von Euro erhalten hätte, wenn er/sie in diesem Zeitraum arbeitsfähig gewesen wäre

3) nach der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit das folgende garantierte Nettoeinkommen (Woche/Monat) erhalten hat

(Betrag) Euro vom (Datum)/...../..... bis einschließlich/...../.....

(Betrag) Euro vom (Datum)/...../..... bis einschließlich/...../.....

(Betrag) Euro vom (Datum)/...../..... bis einschließlich/...../.....

(Betrag) Euro vom (Datum)/...../..... bis einschließlich/...../.....

4) nach der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit Euro (Betrag) für Essensgutscheine, Prämien usw. eingebüßt hat

Datum/...../.....

Ort

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers/Sozialsekretariats