

Dienstobliegenheitserklärung

der Firma _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Hinweis:

Die Dienstobliegenheitserklärung kann vom Arbeitgeber frühestens vier Wochen vor dem beantragten Versicherungsbeginn abgegeben werden. Sie kann nicht abgegeben werden für Arbeitnehmer, die im Zeitpunkt der Antragsstellung bzw. des Versicherungsbeginns dem Betrieb weniger als ein Jahr angehörten

Diese Arbeitnehmer sind vor Unterschrift in der Anlage zu streichen und unten gesondert aufzuführen.

Erklärung:

Hiermit erklären wir, dass nach unserer Kenntnis die in der „Anlage zur Dienstobliegenheitserklärung“ aufgeführten Personen nicht arbeitsunfähig krank sind und in den letzten 24 Monaten nicht länger als 10 Arbeitstage arbeitsunfähig waren (bei kürzerer Betriebszugehörigkeit gilt diese Erklärung für die Dauer der bisherigen Betriebszugehörigkeit).

Ort, Datum Stempel / Unterschrift
des Arbeitgebers

Für nachfolgend aufgeführte Personen kann diese Erklärung nicht abgegeben werden; für diese Arbeitnehmer ist eine Voll-Gesundheitserklärung (Anlage Z, Vollgesundheitserklärung, Fragen 1 - 5) abzugeben.

Lfd.-Nr. *	Name	Vorname	Geburtsdatum

* evtl. zusätzliches Blatt beifügen