

UID / IDE / IDI:

Police / Police / Polizza Nr.

Firma / Compagnie / Compagnia:

Name / Nom / Nome:

Vorname / Prénom / Cognome:

Strasse, Nr. / Rue, no. / Indirizzo, no.:

PLZ, Ort / NPA, Lieu / NPA, città:

Hinweis: Bitte Formular pro Personengruppe einmal ausfüllen.

Remarque : veuillez remplir ce formulaire une fois par groupe de personnes.

Nota: Si prega di compilare il modulo una sola volta per ogni gruppo di persone.

Lohnsummendeklaration für die UVG-Ergänzungsversicherung Déclaration des salaires pour l'assurance-accidents complémentaire LAA Dichiarazione salariale per assicurazione complementare LAINF

Abrechnungsperiode vom Période de décompte du Periodo di conteggio dal	bis au al	Datum für die Rücksendung des Formulars Date pour le renvoi de la formule Data per il rinvio del formulario
Personenkreis / Personnes assurées / Cerchia degli assicurati		
Maximal versicherbarer Jahreslohn pro Person Le salaire annuel maximal assurable par personne Il salario annuo massimo assicurabile per persona		CHF 348'200.- Abweichungen gemäss Versicherungspolice / Exceptions selon la police d'assurance / Differenze in base alla polizza assicurativa
Bezeichnung / Désignation / Denominazione		
Ergänzungsversicherung / Assurance complémentaire / Assicurazione complementare		
UVG-Lohn / Salaire LAA / Salario LAINF Für Einkommen bis CHF 148'200.- / Pour revenus annuels jusqu'à CHF 148'200.- / Per salari fino a CHF 148'200.-		Männer / Hommes / Uomini Frauen / Femmes / Donne
Anzahl versicherte Personen / Nombre de personnes assurées / Quantitativo Persone		
Bezeichnung / Désignation / Denominazione		
Zusatzversicherung / Assurance supplémentaire / Assicurazione supplementare		
Überschusslohn / Salaire excédentaire / Salario eccedente Für den CHF 148'200.- übersteigenden Teil des Einkommens / Pour les parts de revenu annuel supérieures à CHF 148'200.- / Per la parte del salario eccedente CHF 148'200.-		Männer / Hommes / Uomini Frauen / Femmes / Donne
Anzahl versicherte Personen / Nombre de personnes assurées / Quantitativo persone		

Der Unterzeichnende bestätigt, in dieser Deklaration alle Löhne, Gehälter und andere prämienspflichtige Bezüge aufgeführt zu haben.
Le soussigné certifie avoir indiqué dans la présente déclaration tous les salaires, indemnités et autres allocations soumis aux primes.
Il sottoscritto conferma di aver indicato su questa dichiarazione tutti i salari, stipendi ed altri compensi soggetti a premio.

Bankkonto, Bank / Postcheckkonto (IBAN-Nummer)
Compte bancaire, banque / Compte de chèques postaux (numéro IBAN)
Conto bancario, banca / Conto postale (numero IBAN)

Datum / Date / Data _____ Unterschrift / Signature / Firma _____

SOLIDA Versicherungen AG
Saumackerstrasse 35
Postfach
8048 Zürich

SOLIDA Versicherungen AG
Saumackerstrasse 35
Postfach
8048 Zürich