

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:

Lohnsummendeklaration für die obligatorische Unfallversicherung gemäss UVG Déclaration des salaires pour l'assurance-accidents LAA Dichiarazione salariale 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 fomulario
Bezeichnung / Désignation / Denominazione		Prämienpflichtige Lohnsumme für / Salaire soumis aux primes / Somma salarale soggetta a premi per
		Männer / Hommes / Uomini Frauen / Femmes / Donne
Berufsunfälle / Accidents professionnels / Infortuni professionali Lohnsumme aller Arbeitnehmer inklusive der Arbeitnehmer mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von weniger als 8 Stunden / Masse salariale de tous les employés, y compris les employés dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 8 heures / Somma salariale di tutti i lavoratori inclusi quelli con un orario di lavoro settimanale inferiore alle 8 ore		_____
Anzahl versicherte Personen / Nombre de personnes assurées / Quantitativo Persone		_____
Nichtberufsunfälle / Accidents non professionnels / Infortuni non professionali Lohnsumme aller Arbeitnehmer mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 8 Stunden / Masse salariale de tous les employés dont la durée de travail hebdomadaire est supérieure à 8 heures / Somma salariale di tutti i lavoratori con un orario di lavoro settimanale superiore alle 8 ore		_____
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