HOTELA
DIE SOZIALVERSICHERUNG

Anfrage für Mutterschaftsentschädigung – Mutterschaftsversicherung

form. 318.750 / 01.2022

Arbeitgeber

Kundennummer : .....

Firmenname : .....

Versicherte Person

AHV-Nummer : .....

Name und Vorname : .....

Geburtsdatum : .....

Nationalität : .....

Zivilstand : .....

Anzahl Kinder : .....

Genaue Adresse : .....

.....

Telefon privat : .....

Arbeitsbewilligung : ☐ B ☐ C ☐ F ☐ G ☐ L ☐ N

Besteht eine Beistandschaft? : ☐ Ja ☐ Nein

Kind(er) welche einen Anspruch auf die Mutterschaftsentschädigung geben

Name	Vorname	Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Musste/n das Kind / die Kinder direkt nach der Geburt länger als 14 Tage im Spital verbleiben?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie zum Zeitpunkt der Geburt entschieden, nach Ende des Mutterschaftsurlaubs wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen?

☐ Ja ☐ Nein

HOTELA
DIE SOZIALVERSICHERUNG

Informationen zur Versicherungsdauer der Mutter

Waren Sie während den letzten 9 Monaten vor der Niederkunft ausserhalb der Schweiz wohnhaft?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von ..... (Tag, Monat, Jahr) bis ..... (Tag, Monat, Jahr) Land .....

Haben Sie am Tag der Niederkunft oder in den 9 Monaten davor ausserhalb der Schweiz eine berufliche Tätigkeit ausgeübt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von ..... (Tag, Monat, Jahr) bis ..... (Tag, Monat, Jahr) Land .....

Name und Adresse des Arbeitgebers: .....

.....

Informationen zur beruflichen Tätigkeit

Sind Sie vor der Niederkunft einer beruflichen Tätigkeit nachgegangen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

☐ **Arbeitnehmerin**

Von ..... (Tag, Monat, Jahr) bis ..... (Tag, Monat, Jahr)

Name und Adresse des Arbeitgebers: .....

.....

☐ **Selbständig**

Als: ☐ Haupttätigkeit

☐ Nebentätigkeit

AHV-Ausgleichskasse: .....

.....

Haben Sie andere Arbeitgeber?

☐ Ja ☐ Nein Anzahl: .....

Name und Adresse: .....

.....

HOTELA
DIE SOZIALVERSICHERUNG

Waren Sie am Tag der Niederkunft oder in den 9 Monaten davor ganz oder teilweise wegen Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wegen: ☐ Krankheit*

☐ Unfall*

*Bitte tragen Sie die Krankheits- / Unfallperioden in die Tabelle der Lohndeklaration ein

Name und Adresse der Versicherung: .....

.....

Waren Sie am Tag der Niederkunft oder in den 9 Monaten davor arbeitslos?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, von ..... bis .....
(Tag, Monat, Jahr) (Tag, Monat, Jahr)

Name und Adresse der Arbeitslosenversicherung: .....

.....

Lohndeklaration (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Geben Sie die Informationen betreffend dem letzten Lohn, der von der Arbeitnehmerin vor der Niederkunft bezogen wurde, an.

	monatlich	**jährlich**
Bruttolohn AHV-beitragspflichtig (ohne 13. Lohn)		
13. Monatslohn		
Ferien- und Feiertagsentschädigungen		
Andere Vergütungen (Gratifikationen, Prämien, Bonus)		
Andere Entschädigungen		
TOTAL		

HOTELA
DIE SOZIALVERSICHERUNG

AHV-beitragspflichtiger Lohn in den 9 Monaten vor der Niederkunft (ohne Kranken- und Unfalltaggeld)			Absenzen wegen Krankheit oder Unfall (K für Krankheit und U für Unfall)	
Monat	**Jahr**	**Jahr**	**Von**	**Bis**
Januar				
Februar				
März				
April				
Mai				
Juni				
Juli				
August				
September				
Oktober				
November				
Dezember				

Ist die Arbeitnehmerin quellensteuerpflichtig? ☐ Ja ☐ Nein Ansatz .....

Bemerkung:
HOTELA behält sich das Recht vor, Kopien von Lohnauszügen zu verlangen und den deklarierten Lohn mittels der Schlussabrechnung zu überprüfen. Allfällige Differenzen können dem Arbeitgeber oder der Arbeitnehmerin belastet werden.

Auszahlung der Versicherungsleistung

Die Entschädigung wird ausbezahlt an:

☐ den Arbeitgeber (versicherte Person mit Arbeitsvertrag)

☐ die Arbeitnehmerin (versicherte Person ohne Arbeitsvertrag oder arbeitslos)

Bank/Postadresse für die Auszahlung der Mutterschaftsentschädigung

Bank* / Postcheck Konto : .....

*IBAN : .....

Kontoinhaber : .....

Ort : .....

Besondere Bemerkungen

.....

.....

.....

HOTELA
DIE SOZIALVERSICHERUNG

Bestätigung

Die Mutterschaftsentschädigung kann nur für die Zeit bewilligt werden, in der die Versicherte jegliche berufliche Tätigkeit während des Mutterschaftsurlaubes unterbrochen hat. Jede Wiederaufnahme einer beruflichen Aktivität vor Ende des Mutterschaftsurlaubes hat eine sofortige Einstellung der Auszahlung der Mutterschaftsentschädigung zur Folge.

Die Versicherte (und der Arbeitgeber im Fall der Weiterführung des Arbeitsvertrages nach der Niederkunft) verpflichten sich, die HOTELA sofort zu informieren, falls eine berufliche Tätigkeit vor Ende des Mutterschaftsurlaubes aufgenommen wird. Die unberechtigt ausbezahlten Mutterschaftsentschädigungen müssen zurückerstattet werden. Vorsätzliches Missachten dieser Pflicht kann Sanktionen nach sich ziehen.

Der Arbeitgeber und die Mutter bestätigen, von den oben aufgeführten Anordnungen Kenntnis genommen zu haben und versichern, auf alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäss geantwortet zu haben.

Ort und Datum

.....

Unterschrift der Arbeitnehmerin

.....

Ort und Datum

.....

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

.....

Beizulegende Dokumente für den Antrag

In jedem Fall benötigen wir folgende Dokumente	Kopie der Geburtsurkunde oder des Familienbüchleins
Bei einer Früh- oder Totgeburt	Arztzeugnis mit Bestätigung der Schwangerschaftsdauer
Angestellte mit einem unregelmässigen Lohn	Lohnkonto der letzten 12 Monaten vor der Geburt
Angestellte, welche nicht mehr unter Vertrag steht & keine Schweizer Nationalität besitzt	Kopie der Aufenthaltsbewilligung
Angestellte, vor der Geburt arbeitslos gemeldet	Alle Kopien der Taggeldabrechnungen der Arbeitslosenkasse
Entmündigte Angestellte	Der Entscheid der Behörde
Angestellte, welche während den 9 Monaten vor der Geburt, in einem Land der EU/EFTA beschäftigt wart	Das Formular E104, von der zuständigen Behörde des entsprechenden Landes, komplett ausgefüllt
Angestellte mit mehreren Arbeitgebern	Zusatzformular für den Entschädigungsantrag, komplett ausgefüllt von allen zusätzlichen Arbeitgebern
Angestellte, welche zum Zeitpunkt der Geburt nicht: arbeitslos, angestellt oder arbeitsunfähig war	Bestätigungsformular des Arbeitgebers, vollständig ausgefüllt, von allen Arbeitgebern der letzten 2 Jahre vor der Geburt
Berufstätige, welche vor der Geburt selbständigerwerbend war	Entscheid der AHV-Kasse über den Mitgliedschaftsanschluss als Selbständigerwerbende
Hospitalisiertes Kind(er)	Ärztliches Attest über die Dauer des Spitalaufenthaltes Eine Bestätigung über die Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit nach dem Mutterschaftsurlaubs