

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

ALBIS Fullservice Leasing GmbH
-Abteilung Versicherung-
Ifflandstraße 4
22087 Hamburg

Email:
versicherung@albis-leasing.de

Telefon: 040 808 100 450

Schadensanzeige – Krankheit

(Meldefrist: spätestens 14 Tage nach Wegfall der Lohnfortzahlung)

Vertragsnummer (d. Mitarbeiters) : _____

Leasingnehmer (Arbeitgeber) : _____

wir sind zum Vorsteuerabzug berechtigt

Name des Nutzers/Mitarbeiters : _____

Erster Tag der Krankmeldung : _____

Ende der Lohnfortzahlung : _____

- Nachweis in der Anlage enthalten (z.B. Protokoll eAU, ärztliches Attest, o.ä.)
- Folgebescheinigung werden laufend regelmäßig/fristgerecht von uns gesendet
- das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit wird von uns fristgerecht gemeldet

Wir, der Leasingnehmer bestätigen, dass die Leasingraten des oben genannten Leasingvertrages im Rahmen der Entgeltumwandlung durch den Nutzer/Mitarbeiter beglichen wurden.

Der Versicherungsnehmer erklärt durch seine Unterschrift, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und haftet für die Richtigkeit und Vollständigkeit.

Ort, Datum

Unterschrift