

Anmeldung einer möglichen Invalidität

1. Personalien

Name _____ Vorname _____
Geb. Datum _____ Lohn-Nr. _____

Kontoangaben/Name Bank _____
IBAN-Nummer _____
Quellensteuerpflicht ja nein

Angaben Kinder unter 18 Jahren bzw. unter 25 Jahren sofern noch in Ausbildung

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____ Geschlecht w m
Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____ Geschlecht w m
Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____ Geschlecht w m

2. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Beginn Arbeitsunfähigkeit _____
Grad Arbeitsunfähigkeit in % _____
 Unfall Krankheit
Austrittsdatum _____

Es ist eine Anmeldung bei folgenden Versicherungen erfolgt:

Krankentaggeldversicherung (Gesellschaft) _____
 Unfallversicherung (Gesellschaft) _____
 Eidg. Invalidenversicherung

3. Diverses

Bemerkungen _____
Zuständige/r Mitarbeiter/in bei Rückfragen _____
Datum _____ Unterschrift _____