

## 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 \_\_\_\_\_