

Meldung einer Erwerbsunfähigkeit

Vorsorgeeinrichtung

Vertrag Nr.	Anschluss Nr.
Name	Arbeitgeber
Adresse (HR ¹)	Adresse (HR ¹)
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Kontaktperson	Kontaktperson
Telefon	Telefon
E-Mail	E-Mail

Versicherte Person

Name	Vorname
Zivilstand	Geschlecht ☐ Mann ☐ Frau
Adresse	PLZ/Ort
AHV-Nr.	Nationalität Sprache ☐ D ☐ F ☐ I
Telefon	E-Mail
Kinder ☐ Ja, Anzahl ☐ Nein	
Name/Vorname	Geburtsdatum
1.	
2.	
3.	
4.	
Erlerner Beruf	Selbständigerwerbend ☐ Ja ☐ Nein
Tätigkeit	Angestellt ☐ Vollzeit (100 %)
Angestellt ☐ Teilzeit zu %	Grund für Teilzeit
Arbeitsvertrag ab bis	Gesundheitsvorbehalt ☐ Ja ☐ Nein

Erwerbsunfähigkeit

Krankheit (Diagnose)	Unfall (Hergang)
Beginn Arbeitsunfähigkeit	Grad der Arbeitsunfähigkeit %
Rückfall am Ursache	Früherfassung IVI ² ☐ Ja ☐ Nein

Einzureichende Dokumente

- ☐ Vollmacht
- ☐ Vorsorgeausweis
- ☐ Vorsorgeplan
- ☐ Krankentaggeldversicherer: Anmeldung, Taggeldabrechnungen
- ☐ Unfallversicherer: Unfallmeldung, Taggeldabrechnungen
- ☐ Kinder ab dem 19. Altersjahr: Ausbildungsbestätigung
- ☐ IV²: Meldung, Mitteilungen, Entscheide

¹Handelsregister (HR)

²Eidgenössische Invalidenversicherung