

Meldung Erwerbsunfähigkeit/Änderung Erwerbsunfähigkeitsgrad Vom Arbeitgeber auszufüllen

Firma _____

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

Nationalität _____ Geburtsdatum _____

AHV-Nr. _____ Beruf _____

Zivilstand ledig verheiratet geschieden
 verwitwet eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft

Erwerbsunfähigkeit

Der/die Versicherte ist zu _____% erwerbsunfähig, infolge Krankheit Unfall

Beginn der Erwerbsunfähigkeit _____

Änderung einer bestehenden Erwerbsunfähigkeit

Neuer Erwerbsunfähigkeitsgrad _____%

Beginn Änderung Erwerbsunfähigkeitsgrad _____

Minderjährige Kinder oder Kinder in Ausbildung

Name des Kindes _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Folgende Unterlagen sind beizulegen

- Kopie Arztzeugnis Kopie einer allfälligen IV-Anmeldung / -Verfügung
 Kopien der Taggeldabrechnungen allfällige Unfallscheine
 allfällige Ausbildungsbestätigungen Ihrer Kinder

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Firma