

## Meldung einer Erwerbsunfähigkeit

---

### Vorsorgeeinrichtung

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

---

### Versicherte Person

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

---

### Erwerbsunfähigkeit

<input type="checkbox"/> Krankheit (Diagnose)	_____		
<input type="checkbox"/> Unfall (Hergang)	_____		
Beginn Arbeitsunfähigkeit	_____	Grad der Arbeitsunfähigkeit (%)	_____
Rückfall am	_____	Ursache	_____
Früherfassung IV <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

---

### Einzureichende Dokumente

- Vollmacht  Vorsorgeausweis  Vorsorgeplan
  - Krankentaggeldversicherer: Anmeldung, Taggeldabrechnungen
  - Unfallversicherer: Unfallmeldung, Taggeldabrechnungen
  - Kinder ab dem 19. Altersjahr: Ausbildungsbestätigung
  - IV<sup>2</sup>: Meldung, Mitteilungen, Entscheide
- 

<sup>1</sup> Handelsregister (HR)

<sup>2</sup> Eidgenössische Invalidenversicherung