

Meldeformular Invalidität

Arbeitgeber

Unternehmung	Unternehmensnummer
--------------	--------------------

Versicherte Person

Name	Vorname
Strasse	Wohnort
Geburtsdatum	AHV-Nr. neu

Invalidität

Eintritt Erwerbsunfähigkeit				
Beschäftigungsgrad bisher	%	Beschäftigungsgrad neu	%	
AHV-Lohn bisher CHF	AHV-Lohn neu CHF			
Krankentaggeldversicherung der Unternehmung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Krankentaggeldversicherung bis	Betrag/Monat CHF			
Anmeldung Eidg. IV erfolgt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Liegt der Entscheid vor?	<input type="checkbox"/>	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein
Ist die Invalidität die Folge eines Unfalls?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Wenn Ja, SUVA oder UVG angemeldet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Liegt der Entscheid vor?	<input type="checkbox"/>	Ja*	<input type="checkbox"/>	Nein

* Entscheid beilegen

Hat die versicherte Person schulpflichtige Kinder oder Kinder in Ausbildung (bis 25. Altersjahr)	Ja	Nein
---	----	------

Bemerkungen	
Versanddatum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers