



Durch den Arbeitgeber auszufüllen

Arbeitsunfähigkeit Invalidität

Antrag zur Leistungsprüfung bei Arbeitsunfähigkeit/Invalidität

Interne IV-Nr.

Angaben zum Arbeitgeber

Firma-Nr.

Strasse | Nr.

Zuständige Person (HR)

E-Mail

Arbeitgeber

PLZ | Ort

Telefon-Nr.

Angaben zur versicherten Person

Sozialversicherungs-Nr.

Name

Geburtsdatum

Zivilstand

Versicherungsbeginn

Vorname

Geschlecht

Datum Heirat | Eingetragene Partnerschaft

Die rentenbestimmende Versicherungsgrundlage wird bei der Leistungseröffnung festgelegt.

Zusätzliche Angaben

Grund der Arbeitsunfähigkeit/Invalidität

Krankheit

Unfall

Beginn der Arbeitsunfähigkeit (Angabe in %)

vom

bis



Durch den Arbeitgeber auszufüllen

Lohnfortzahlung	Basis Bruttolohn	vom	bis
<input type="text" value="in % des Bruttolohnes"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="in % des Bruttolohnes"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Taggeldversicherung

Taggeldversicherung an welcher der Arbeitgeber mindestens 50 Prozent der Prämie bezahlt (Art. 5.4.1 des Vorsorgereglements)

Taggeldhöhe in % des letzten Bruttolohnes	<input type="text"/>
Wartefrist	<input type="text"/>
Anspruchsdauer	<input type="text"/>
Name und Adresse der Taggeldversicherung	<input type="text"/>
Vertragsnummer	<input type="text"/>
Schadennummer	<input type="text"/>
Abrechnung erfolgt über den Arbeitgeber?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Auszahlung direkt an die versicherte Person?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="text" value="Datum"/>

Taggeldzahlung	Basis Bruttolohn	vom	bis
<input type="text" value="in % des Bruttolohnes"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="in % des Bruttolohnes"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text" value="in % des Bruttolohnes"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Durch den Arbeitgeber auszufüllen

Bemerkungen

Unterschrift Arbeitgeber

Ort | Datum

Stempel | Unterschrift Arbeitgeber

Mit der Unterschrift bestätigt der Arbeitgeber die Vollständig- und Richtigkeit der Angaben.