

Angaben über die versicherte Person:

- Name, Vorname :
- Adresse, Ort :
- Nationalität :
- Aufenthaltsbewilligung (Kopie beilegen) :
- AHV-Nr. :
- Geburtsdatum :

- Beginn der Erwerbsunfähigkeit :
- Erwerbsunfähigkeitsgrad und Dauer : % vom bis
- (Arztzeugnis beilegen) % vom bis

Wir bitten die Personen, deren Erwerbsunfähigkeit weniger als 100% beträgt, eine Bestätigung des Arbeitgebers mit der Angabe des effektiv erzielten Lohns beizulegen.

- Ursache der Erwerbsunfähigkeit : Krankheit Unfall
- Versicherung der Taggeldentschädigung :
- (Kopie der Taggeldentschädigung beilegen)
- Anmeldung erfolgt bei IV am :
- **oder** Anmeldung erfolgt bei SUVA am :
- Name und Adresse des behandelnden Arztes :
-
- Zahlungsadresse für die Auszahlung allfälliger Leistungen :

Anspruchsberechtigte:

- **Ehegattin**, Name, Vorname :
- **Kinder 1**, Vorname, Geburtsdatum :
- **Kinder 2**, Vorname, Geburtsdatum :
- **Kinder 3**, Vorname, Geburtsdatum :
- **Kinder 4**, Vorname, Geburtsdatum :

Ort / Datum:

Unterschrift:

.....