

Meldung einer Erwerbsunfähigkeit (Invalidität)

Arbeitgeber	Nr.
	Telefon
Strasse	PLZ/Ort

Name	Vorname
Geburtsdatum	Zivilstand
AHV-Nr.	Personal-Nr.
PLZ/Ort	Strasse
Datum des Austrittes	Telefon
Ende Lohnfortzahlung	Ursache <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall

Krankentaggeld-Versicherer	Vertrags-/Policen Nr.
Unfallversicherer	Vertrags-/Policen Nr.

Arbeitsunfähigkeiten		
von	bis	Grad in %
von	bis	Grad in %
von	bis	Grad in %
von	bis	Grad in %
von	bis	Grad in %

Anmeldung Eidg. Invalidenversicherung erfolgt
<input type="checkbox"/> Ja, per _____
<input type="checkbox"/> Nein
Entscheid Eidg. Invalidenversicherung erfolgt
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Invaliditäts-Grad in % _____ Rentenbeginn _____

Vollmacht

Die obengenannte versicherte Person ermächtigt die Previs zur Einsicht in Akten der Eidg. Invalidenversicherung, der Krankentaggeldversicherungen, der Arbeitgeber, der Unfallversicherungen und anderer Vorsorgeeinrichtungen.

Ort	Unterschrift Arbeitgeber
Datum	Unterschrift Versicherte/r