

Firma: .....

**AUSKÜNFTE ÜBER DIE VERSICHERTE PERSON**

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....  
E-Mail: ..... Telefon: .....  
Adresse: .....

Welches Unternehmen ist Ihr:

- Krankentaggeldversicherer:  
(Name, Adresse) .....

- Unfallversicherer:  
(Name, Adresse) .....

**und** legen Sie bitte die Taggeldabrechnungen bei.

**AUSKÜNFTE BETREFFEND ERWERBSUNFÄHIGKEIT UND BERUFLICHE SITUATION**

Grund der Erwerbsunfähigkeit:  Krankheit  Unfall

Grad und Dauer: ..... % von ..... bis .....  
..... % von ..... bis .....  
..... % von ..... bis .....

Name und Adresse des behandelnden Arztes:  
.....

**und** legen Sie bitte die ärztlichen Zeugnisse bei.

Berufliche Situation:

- Berufliche Tätigkeit vor dem Beginn der Erwerbsunfähigkeit? .....

- Kann die versicherte Person dieselbe berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen?  ja  nein

- Wurde oder wird der Arbeitsvertrag gekündigt?  ja  nein Falls ja, wann? .....

**ERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON BETREFFEND ENTBINDUNG DER ÄRZTLICHEN  
SCHWEIGEPFLICHT**

Die unterzeichnende Person, ..... Hiermit ermächtige ich die Post/Bank, die mir irrtümlicherweise ausbezahlen Leistungen an die obengenannte Vorsorgeeinrichtung zurückzuerstatten und falls der Betrag schon verbucht wurde, diesen meinem Konto zu belasten.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die ausbezahlten Leistungen an die Eidgenössische Steuerverwaltung gemeldet wird.

Ort, Datum: ..... Unterschrift des/r Versicherten: .....

**DIE UNTERZEICHNENDEN PERSONEN ERKLÄREN EHRENWÖRTLICH, DASS DIE OBIGEN AUSKÜNFTE  
WAHRHEITSGEMÄSS SIND**

Ort, Datum: ..... Stempel, Unterschrift Arbeitgeber: .....