

## ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Meldung

### Angaben über die versicherte Person:

- Name, Vorname : .....
- Adresse, Ort : .....
- E-Mail-Adresse : .....
- Telefonnummer : .....
- Zivilstand : .....
- Nationalität : .....
- Aufenthaltsbewilligung (Kopie beilegen) : .....
- AHV-Nr. : .....
- Geburtsdatum : .....
- Beginn der Erwerbsunfähigkeit : .....
- Grad der Erwerbsunfähigkeit und Dauer : ..... % vom ..... bis .....
- : ..... % vom ..... bis .....

**Im Falle einer Erwerbsunfähigkeit von weniger als 100 % bitten wir Sie, die Bestätigung Ihres/-r Arbeitgebers/-in mit Angabe des effektiv erhaltenen Lohns beizulegen.**

- Ursache der Erwerbsunfähigkeit :  Krankheit  Unfall
- Versicherung der Taggeldentschädigung : .....
- (Kopie der Taggeldentschädigung beilegen)
- Anmeldung bei der IV erfolgt am : .....
- Anmeldung bei der SUVA erfolgt am : .....
- Name und Adresse behandelnde/r Arzt/Ärztin : .....
- IBAN-Nummer : .....
- (für die Auszahlung allfälliger Leistungen)

### Anspruchsberechtigte:

- Ehegatte/-in, Name, Vorname : .....
- Kind 1, Vorname, Geburtsdatum : .....
- Kind 2, Vorname, Geburtsdatum : .....
- Kind 3, Vorname, Geburtsdatum : .....
- Kind 4, Vorname, Geburtsdatum : .....

### **Einverständniserklärung**

Durch die Rücksendung dieses Dokuments erkläre ich mich mit der Verarbeitung meiner Daten (Sammlung, Speicherung, Verwendung und Aufbewahrung) sowie mit der Weiterleitung an Dritte im Rahmen der Bearbeitung meines Dossiers und/oder gemäss den gesetzlichen Vorgaben einverstanden.

Unsere Datenschutzpolitik ist auf unserer Website einsehbar: [www.capav.ch](http://www.capav.ch).