

# Gesuch für Invaliditätsleistungen

(Dieses Formular ist durch den Arbeitgeber auszufüllen)

## Angaben Unternehmen

Unternehmen

Versicherungsnummer

.....

.....

## Angaben Versicherter

Name

Vorname

.....

.....

Strasse/Nr./Zusatz

PLZ/Ort (Land)

.....

.....

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer

.....

.....

E-Mail für Rückfragen

Telefonnummer für Rückfragen

.....

.....

## Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig seit

Ursache

.....

☐ Krankheit ☐ Unfall

## Absenzen und Arbeitsunfähigkeitsgrad in %

Grad in %      Zeitperiode

Grad in %      Zeitperiode

.....

.....

Grad in %      Zeitperiode

Grad in %      Zeitperiode

.....

.....

## Anmeldung bei Sozial-/Versicherungseinrichtungen erfolgt?

Eidg. Invalidenversicherung

☐ ja ☐ nein

Anschrift/zuständige Stelle

.....

Unfallversicherer

☐ ja ☐ nein

Anschrift/Policen Nr.

.....

Krankentaggeldversicherer ☐ ja ☐ nein

Anschrift/Policen Nr.

.....

**Angaben zum  
Arbeitsverhältnis**

Kündigung erfolgt?

Austritt per

☐ ja ☐ nein

.....

**Lohnangaben im Zeit-  
punkt vor Beginn der Ar-  
beitsunfähigkeit in CHF**

Massgebender Jahreslohn

Jährliche Kinderzulage/pro Kind

.....

.....

**Rentenberechtigte  
Kinder**

Anspruch auf Kinderrenten  
für unter 18-jährige Kinder.  
Für Kinder in Ausbildung wird  
eine Rente längstens bis zur  
Vollendung des  
25. Altersjahres ausbezahlt.  
Bitte Ausbildungsbestätigung  
beilegen.

Name des Kindes

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Zahladresse für Rente**

Zahladresse für Rente (Bank)

PLZ/Ort (Land)

.....

.....

IBAN (Bank- oder Postkonto)

Clearing-Nr.

.....

.....

Kontoinhaber

.....

**Erforderliche Beilagen**

☐ Abtretungserklärung für Rentennachzahlung (z.B. Bevorschussung durch Arbeitgeber, Krankentaggeld)

☐ Bestätigung Rentenberechtigung Kinder (z.B. Kopie Geburtsschein, Familienschein, etc.)

☐ Ausbildungsbestätigung für Kinder ab Alter 18 bis 25

**Vollmacht**

Der/die Versicherte ermächtigt die PKE und deren Vertrauensarzt, bei sämtlichen in diesen Fall involvierten Ärzten, Sozial-/Versicherungseinrichtungen und Krankentaggeldversicherern die erforderlichen und notwendig erscheinenden Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen.

**Bemerkungen**

.....

**Unterschriften**

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r)

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Arbeitgeber

.....

.....

Ausführungen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter "Datenschutz-  
erklärung"