

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"