

## 1. Personalien

### 1.1 Persönliche Angaben

Name

auch Name als ledige Person

Vornamen

alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben

weiblich  männlich

Geburtsdatum

Tag, Monat, Jahr

Versichertennummer

AHV 13-stellig, beginnend mit 756

Zivilstand

Gewünschte Sprache

Deutsch  Französisch  Italienisch

### 1.2 Gesetzlicher Wohnsitz mit genauer Adresse

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail

Aktueller Aufenthaltsort (falls abweichend vom gesetzlichen Wohnsitz, z. B. Spital- oder Heimaufenthalt)

Name der Institution

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

## 2. Arbeitsunfähigkeit (AUF)

Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit in Prozent

Wiederholte (regelmässige) Absenzen, „chronische“ Kurzabwesenheiten seit

Grund der Arbeitsunfähigkeit?

Krankheit  Unfall

Gesundheitliche Problematik/Art des Leidens

### 3. Berufliche Situation

---

Aktuelle/letzte Haupt-, Teil- oder Nebenbeschäftigung

Art der Beschäftigung

Pensum in %

von

bis

Bruttoeinkommen CHF

Tag, Monat, Jahr

Tag, Monat, Jahr

Name und Adresse des Arbeitgebenden

Zuständige Ansprechperson

Telefon

Wurde die Arbeitsunfähigkeit der Krankentaggeldversicherung gemeldet?

ja  nein

Wenn ja, wann?

Name und Adresse der Krankentaggeldversicherung

Wurde die Arbeitsunfähigkeit der BVG-Versicherung gemeldet?

ja  nein

Wenn ja, wann?

Name und Adresse der BVG-Versicherung

Wurde bereits eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV eingereicht?

ja  nein

Wenn ja, bei welcher IV-Stelle?

#### 4. Angaben zur meldenden Person resp. Meldeinstanz

---

- Versicherte Person oder deren gesetzliche Vertretung
- Arbeitgeber der versicherten Person
- Behandelnder Arzt, behandelnde Ärztin/ Chiropraktor, Chiropraktorin der versicherten Person
- Krankentaggeldversicherer KVG
- Private Versicherungseinrichtung (Krankentaggeld VVG oder Rentenversicherung)
- Unfallversicherer UVG
- Einrichtung der beruflichen Vorsorge der versicherten Person
- Durchführungsorgan der Arbeitslosenversicherung
- Durchführungsorgan der kantonalen Sozialhilfe
- Militärversicherung
- Krankenversicherung
- Im gemeinsamen Haushalt lebende(r) Familienangehörige(r) der versicherten Person

Verwandtschaftsgrad

Institution

Vorname und Name

Postleitzahl, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Datum

Unterschrift

Beilagen (Kopien von Arztzeugnis, Lohnabrechnungen, AHV-Ausweis, weitere) und ergänzende Bemerkungen

#### 5. Information der versicherten Person

---

Der/die Unterzeichnete bestätigt, die versicherte Person über die vorliegende Meldung an die Früherfassung der Invalidenversicherung informiert zu haben.

Datum

Unterschrift

## 6. Einreichungsstelle

---

Die Anmeldung ist der IV-Stelle des Wohnsitzkantons zuzustellen.

