

Spida
Personalvorsorgestiftung
Bergstrasse 21
Postfach
CH-8044 Zürich
Telefon 044 265 50 50
Fax 044 265 53 53
info@spida.ch
www.spida.ch

Anmeldeformular Invaliditätsleistungen

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Firma / Kunden-Nr. _____

Versicherte Person (Name Vorname) _____

Versichertennummer _____

Letzter Brutto-Monatslohn _____

CHF _____

Zivilstand

¹ bitte Kopie Scheidungsurteil(e) beilegen

ledig verheiratet geschieden¹ verwitwet

Adresse _____

PLZ Ort _____

Zahladresse _____

Bank (Adresse) _____

Clearing Nummer _____

IBAN Nr. _____

oder _____

PC-Konto _____

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit
Unfall

Beginn der Arbeitsunfähigkeit _____

Bitte, falls vorhanden folgende Unterlagen beilegen:

- Kopien alle Kranken-, Militär- oder Unfalltaggeldabrechnungen
- Schlussabrechnung der Krankenversicherung
- Kopie der Anmeldung und der Verfügung der Eidg. Invalidenversicherung
- Kopie der Verfügung der Militärversicherung
- Kopie der Verfügung der Unfallversicherung

Bezieht die versicherte Person Leistungen einer anderen Versicherung ja nein

- wenn ja, welche _____

Kinder

Haben Sie minderjährige Kinder? ja nein

(wenn ja, bitte Kopie des Familienbüchleins beilegen)

Haben Sie Kinder in Ausbildung unter 25 Jahre? ja nein

(wenn ja, bitte Kopie des Familienbüchleins und der Ausbildungsbestätigung beilegen)

Haben Sie invalide Kinder? ja nein

(wenn ja, bitte Kopie der Verfügung der Eidg. Invalidenversicherung beilegen)

Ich bevollmächtige die Spida Personalvorsorgestiftung, Bergstrasse 21, 8044 Zürich jede ihr notwendig erscheinende Auskunft einzuholen wie auch in die entsprechenden Akten Einsicht zu nehmen.

Diese Vollmacht dient zur Abklärung einer allfälligen Leistungspflicht im Rahmen des Gesetzes der Beruflichen Vorsorge und des Reglements der Spida Personalvorsorgestiftung.

Ich entbinde alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärztinnen und Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen von ihrer beruflichen Schweigepflicht gegenüber der bevollmächtigten Spida Personalvorsorgestiftung und ermächtige sie, ihr jede Auskunft zu erteilen.

Ort und Datum

Stempel Unterschrift der Firma

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person