

Anmeldeformular Beitragsbefreiung

Zutreffendes bitte ankreuzen)

Firma / Kunden-Nr. _____

Versicherte Person (Name Vorname) _____

Versichertennummer _____

Zivilstand

¹ bitte Kopie Scheidungsurteil(e) beilegen

ledig verheiratet geschieden¹ verwitwet
 eingetragene Partnerschaft

Adresse _____

PLZ Ort _____

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit
Unfall

Beginn der Arbeitsunfähigkeit _____

Bitte, falls vorhanden folgende Unterlagen beilegen:

- Kopien alle Kranken-, Militär- oder Unfalltaggeldabrechnungen
- 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? _____

Ist eine Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung erfolgt? ja nein

- wenn ja, bei welcher? _____

Zeit und Umfang Ihrer Erwerbs- resp. Arbeitsunfähigkeit

Zeit vom	Zeit bis	Arbeits- resp. Erwerbsunfähig in %

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