

## Wiedereintritt

### Arbeitgeber

Unternehmen

Vertrag-Nr.

### Arbeitnehmer

Police Nr.

Anrede

- Frau  
 Herr

Vorname

Nachname

Strasse

Nr.

PLZ

Ort

Land

Geburtsdatum

Zivilstand

E-Mail

### Wiedereintritt

Datum Wiedereintritt

Personenkategorie

Organisationseinheit

Jahreslohn

Beschäftigungsgrad in %

Ist die versicherte Person bei Wiedereintritt vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig?

- Nein  
 Ja

Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit in %

---

- Die Anmeldung bei der Eidg. Invalidenversicherung ist erfolgt
- Eine IV-Verfügung liegt vor
- Eine Verfügung der Unfallversicherung liegt vor

- Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgetreu sind.

Diese Anmeldung wurde erfasst von

Vorname

Nachname

---