



**Postadresse**

Swisscanto Stiftungen  
Postfach 99  
8010 Zürich

## Arbeitsunterbruch

### Arbeitgeber

Unternehmen

Vertrag-Nr.

---

### Arbeitnehmer

Police Nr.

---

Anrede

- Frau  
 Herr

Vorname

Nachname

---

Strasse

Nr.

---

PLZ

Ort

---

Land

Geburtsdatum

---

Zivilstand

E-Mail

---

Ist die versicherte Person vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig?

- Nein  
 Ja

**Hinweis:** Sofern uns die Arbeitsunfähigkeit noch nicht gemeldet wurde, ist das Formular [«Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit»](#) einzureichen.

### Arbeitsunterbruch

Datum Arbeitsunterbruch

---



## Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben wahrheitsgetreu sind.

Diese Anmeldung wurde erfasst von

Vorname

Nachname

---