



**Erwerbsausfallversicherung
Police Nr.**

Lohnsummendeklaration

Sehr geehrte Kundin, Sehr geehrter Kunde

Wir bitten um Rücksendung der **vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Erklärung**. Bitte legen Sie dieser Deklaration eine Kopie der AHV-Abrechnung bei. Vielen Dank.

Abrechnungsperiode vom bis

Gruppe 1	Lohnsumme Männer CHF	Lohnsumme Frauen CHF
Total der Entgelte	Personenkreis gemäss Police	
AHV-pflichtige Bruttolohnsumme
Anzahl versicherte Personen

Gruppe 2 (falls vorhanden)	Lohnsumme Männer CHF	Lohnsumme Frauen CHF
Total der Entgelte	Personenkreis gemäss Police	
AHV-pflichtige Bruttolohnsumme
Anzahl versicherte Personen

Zahlungsverbindung für allfällige Rückerstattungen	
<input type="checkbox"/> Bank	<input type="checkbox"/> Post
Konto Nr.	Konto Nr.
Bank	
Clearing Nr.	

Der/die Unterzeichnende bestätigt, in dieser Deklaration alle Löhne, Gehälter und andere prämienspflichtige Bezüge aufgeführt zu haben.

Ort und Datum

Versicherungsnehmer (Stempel & Unterschrift)
