

Rechnung Entschädigung für Beitragserhöhung

Rechnungsdatum _____

Versicherte Person

Name, Vorname _____

Versichertennummer (756.xxxx.xxxx.xx) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Rechnungssteller

Name der Firma _____

Name Kontaktperson _____

E-Mail, Telefon (bei Rückfragen) _____

Strasse, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Abrechnung

NIF (falls vorhanden) _____

Mitteilungs- / Verfügungsnummer _____

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x) _____

Name, Vorname der Kontoinhaber (falls nicht Rechnungssteller) _____

Strasse, Hausnummer der Kontoinhaber _____

Postleitzahl, Ort der Kontoinhaber _____

Art der Beitragserhöhung	
<input type="checkbox"/> Berufliche Vorsorge	Name der Vorsorgeeinrichtung: _____
<input type="checkbox"/> Krankentaggeldversicherung	Name der Versicherung: _____

Tagespauschale	Anzahl verrechenbare Tage	Ansatz in CHF	Total in CHF	Tarifziffer
Betriebe bis 50 Mitarbeitende		48.00		551.01
Betriebe über 50 Mitarbeitende		34.00		551.02

Bemerkungen/Ergänzungen

Bitte senden Sie dieses Formular an die zuständige IV-Stelle.

Visum der IV-Stelle: