



## Antrag Solidarittsfonds-Beitrag

### Angaben des Antragsstellers:

MitgliedNr: ..... Telefon P: .....

Name/Vorname: ..... Telefon G: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

E-Mail: .....

EVU: .....

IBAN: .....

Beginn Arbeitsverhinderung: .....

Krankheit / Unfall

Schwangerschaft / Stillzeit

Berufsinvaliditt

Antragssteller:  
(Unterschrift)

.....

Ort/Datum:

.....

Dem Antrag ist beizulegen: - Bei Krankheit / Unfall / Schwangerschaft/Stillzeit die Lohnabrechnungen der betreffenden Monate und rztliche Atteste  
- Bei Berufsinvaliditt den Entscheid des Medical Services / Vertrauensarztes / Bahnarzt

### Angaben der Sektion:

Mitglied LPV seit: ..... Sektion: .....

Sektionsprsident:  
(Stempel und Unterschrift)

.....

Ort/Datum:

.....