

Meldeformular

Arbeitgeber _____ Vertrag-Nr. _____

- Eintritt Lohn- und Beschäftigungsgradänderung
 Austritt Plan- bzw. Abteilungswechsel
 Zivilstandsänderung

Meldung gültig ab _____

Angaben der versicherten Person

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Telefon _____ Geburtsdatum _____
Zivilstand _____ Zivilstandsdatum _____
SV-Nr. 756. _____ Geschlecht _____
Sprache Deutsch Englisch Französisch Italienisch Spanisch Portugiesisch

Versicherungsdaten

Jahreslohn CHF _____ Beschäftigungsgrad _____ %
Plan-Nr. _____ Abteilung _____

Zusätzliche Angaben

- Ist die obige Person zurzeit vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig? ja nein
- wenn nein, wie hoch ist der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsgrad? _____ %
- Erfolgt der Austritt unfreiwillig infolge eines wirtschaftlich begründeten Personalabbaus oder einer Restrukturierung? ja nein
- Wurde das Arbeitsverhältnis durch den Arbeitgeber gekündigt? ja nein

Bemerkungen

Ort/Datum _____

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber _____