

Meldeformular

Arbeitgeber _____ Vertrag-Nr. _____

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Eintritt | <input type="checkbox"/> Lohn- und Beschäftigungsgradänderung |
| <input type="checkbox"/> Austritt | <input type="checkbox"/> Plan- bzw. Abteilungswechsel |
| | <input type="checkbox"/> Zivilstandsänderung |

Meldung gültig ab _____

Angaben der versicherten Person

| | |
|---|------------------------|
| Name _____ | Vorname _____ |
| Strasse _____ | PLZ/Ort _____ |
| Telefon _____ | Geburtsdatum _____ |
| Zivilstand _____ | Zivilstandsdatum _____ |
| SV-Nr. 756. _____ | Geschlecht _____ |
| Sprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Englisch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch <input type="checkbox"/> Spanisch <input type="checkbox"/> 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

Bemerkungen

Ort/Datum _____

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber _____