

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
- Wurde das Arbeitsverhältnis durch den Arbeitgeber gekündigt? ja nein

Bemerkungen

Ort/Datum _____

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber _____