

## 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 \_\_\_\_\_