



Anmeldung für Mitarbeiter und Ereignisse

A) ANGABEN ZUM ARBEITGEBER

Mitglieds-Nr.: _____ **Name des Arbeitgebers:** _____

B) PERSÖNLICHE DATEN DES/DER VERSICHERTEN

Name: _____ **Vorname:** _____
AHV-Nr.: 756. _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht : m w
Zivilstand: Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet
seit _____ seit _____ seit _____
Adresse: _____ PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____ Sprache: Französisch Deutsch

EINTRITT DES(R) ANGESTELLTEN

Datum des Diensteintritts: _____
Jahreslohn: CHF _____ Beschäftigungsgrad: _____ %
Beschäftigungsdauer: Unbefristeter Vertrag Befristeter Vertrag
Zwischenverdienst: Ja Nein
Personalkategorie: _____ Vorheriger Arbeitgeber: _____
(nur wenn Ihr Anschluss mehrere Kategorien umfasst, z.B. Mitarbeitende, Kader, Direktion,...)
Der unterzeichnete Arbeitgeber bestätigt die volle Arbeitsfähigkeit des/der Versicherten bei Arbeitsbeginn und dass er/sie keinen Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen der IV hat. Falls dies nicht zutrifft, muss nachstehende Rubrik ausgefüllt werden:
Arbeitsunfähigkeitsgrad: _____ % IV-Grad: _____ % Wiedereingliederungsmassnahme der IV: _____

ÄNDERUNG DER PERSÖNLICHEN DATEN DES/DER VERSICHERTEN

Mehrfachauswahl möglich: Zivilstand Name Adresse
Neuer Zivilstand: _____ Datum: _____
Neuer Name: _____ Neue Adresse: _____
E-mail: _____ PLZ, Ort: _____

Der Unterzeichnete bestätigt, dass alle oben gemachten Angaben richtig und vollständig sind. Im Weiteren bestätigt er, dass er zur Unterschrift berechtigt ist und nimmt zur Kenntnis, dass die Kasse im Falle falscher oder unvollständigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen Leistungen reduzieren oder verweigern und Schadenersatzforderungen stellen kann.

Ort und Datum: _____ **Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers :** _____