

Meldung von unbezahltem Urlaub



CIEPP

Caisse Inter-Entreprises
de Prévoyance Professionnelle

ZKBV - Zwischenbetriebliche Kasse für Berufliche Vorsorge
CIPP - Cassa Interaziendale di Previdenza Professionale

Mitglied-Nr.: _____ Name des Arbeitgebers: _____

PERSÖNLICHE DATEN DER VERSICHERTEN PERSON

Name:	Vorname:
AHV-Nr.: 756.	Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon:	E-Mail:

DAUER DES UNBEZAHLTEN URLAUBS (HÖCHSTENS 6 MONATE)

Beginn:
Ende:

FÜR DIE DAUER DES UNBEZAHLTEN URLAUBS WIRD FOLGENDES VEREINBART (ZUTREFFENDES BITTE ANKREUZEN)

- ☐ Die Altersvorsorge und die Risikoversorge werden aufrechterhalten.
- ☐ Die Altersvorsorge wird ausgesetzt und die Risikoversorge wird aufrechterhalten.
- ☐ Die Altersvorsorge und die Risikoversorge werden ausgesetzt. (Während dieser Zeit geniesst die versicherte Person keine Deckung).

Ort und Datum: _____

Unterschrift der versicherten Person: _____

BESTÄTIGUNG DES ARBEITGEBERS

Wir bestätigen die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und erklären uns bereit, bei Aufrechterhaltung der Deckung die Beiträge gemäss den reglementarischen Bedingungen zu zahlen.

Ort und Datum: _____

Stempel und gültige Unterschrift(en) des Arbeitgebers: _____

Agenturen

Bulle	Rue Condémine 56	T 026 919 87 40
Freiburg	Rue de l'Hôpital 15	T 026 552 66 90
Neuenburg	Av. du 1 ^{er} -Mars 18	T 032 727 37 00
Porrentruy	Ch. de la Perche 2	T 032 465 15 80

Verwaltungssitz der Kasse
Rue de Saint-Jean 67 – Postfach – 1211 Genf 3
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch