



Meldung von unbezahltem Urlaub

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 Risikovorsorge werden aufrechterhalten.
- Die Altersvorsorge wird ausgesetzt und die Risikovorsorge wird aufrechterhalten.
- Die Altersvorsorge und die Risikovorsorge 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: _____