

Mitglied Nr.: _____ Name des Arbeitgebers: _____

PERSÖNLICHE DATEN DES/DER VERSICHERTEN

Name: _____ Vorname: _____
AHV-Nr.: 756. _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w
Zivilstand: _____ Datum der Heirat/eingetragenen Partnerschaft: _____
Postadresse: _____ PLZ, Ort: _____
Email: _____ Sprache des Vorsorgeausweises: Französisch Deutsch Englisch

EINTRITT DES/DER VERSICHERTEN

Datum des Diensteintritts: _____
Jahreslohn: CHF _____ Beschäftigungsgrad: _____ %
(erfolgt der Beitritt im Laufe des Jahres, aufgerechneter Jahreslohn) *(nur wenn der Arbeitgeber die Verwaltung des Koordinationsabzugs beantragt hat)*
Personalkategorie: _____ Vorheriger Arbeitgeber: _____
(nur wenn Ihr Anschluss mehrerer Kategorien umfasst, z.B. Mitarbeitende, Kader, Direktion,...)
Der unterzeichnende Arbeitgeber bestätigt die volle Arbeitsfähigkeit des/der Versicherten bei Arbeitsbeginn und dass er keinen Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen der IV hat. Falls dies nicht zutrifft, muss nachstehende Rubrik ausgefüllt werden:
Arbeitsunfähigkeitsgrad: _____ % Invaliditätsgrad: _____ % Art der Wiedereingliederungsmassnahmen der IV: _____

VERTRAGLICHE ÄNDERUNG DES/DER VERSICHERTEN

Mehrfachauswahl möglich: Des Lohnes Des Beschäftigungsgrades Der Personalkategorie
Datum des Inkrafttretens der Änderung(en): _____
Jahreslohn: CHF _____ Beschäftigungsgrad: _____ %
(erfolgt die Änderung im Laufe des Jahres, aufgerechneter Jahreslohn) *(nur wenn der Arbeitgeber die Verwaltung des Koordinationsabzugs beantragt hat)*
Personalkategorie: _____
(nur wenn Sie einen Wechsel der Personalkategorie melden)
Der unterzeichnende Arbeitgeber bestätigt die volle Arbeitsfähigkeit des/der Versicherten ab Datum der Änderung(en) und dass er keinen Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen der IV hat. Falls dies nicht zutrifft, muss nachstehende Rubrik ausgefüllt werden:
Arbeitsunfähigkeitsgrad: _____ % Invaliditätsgrad: _____ % Art der Wiedereingliederungsmassnahmen der IV: _____

ÄNDERUNG DER PERSÖNLICHEN DATEN DES/DER VERSICHERTEN

Mehrfachauswahl möglich: Zivilstand Name Adresse
Neuer Zivilstand: _____ Datum: _____
Neuer Name: _____ Neue Adresse: _____
Email: _____ PLZ, Ort: _____

AUSTRITT DES/DER VERSICHERTEN

Datum des Dienstaustritts: _____ Infolge Entlassung: Ja
Infolge eines unfreiwilligen Austritts (Austritt aus wirtschaftlichen Gründen): Ja
Todesfall: Ja, der/die Versicherte verstarb am: _____
Ist der/die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen arbeitsunfähig: Nein Ja, seit dem: _____

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 kann und Schadenersatzforderungen stellen kann.

Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: _____

Agenturen
Bulle
Freiburg
Neuenburg
Porrentruy
Rue Condémine 56
Rue de l'Hôpital 15
Av. du 1^{er}-Mars 18
Ch. de la Perche 2
T 026 919 87 40
T 026 350 33 79
T 032 727 37 00
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