

Mitglied Nr.: _____ Name des Arbeitgebers: _____

PERSÖNLICHE DATEN DES/DER VERSICHERTEN

Name:	Vorname:
AHV-Nr.: 756.	Geburtsdatum: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Zivilstand:	Datum der Heirat / eingetragenen Partnerschaft:
Postadresse:	PLZ, Ort:
Email:	
Sprache des Vorsorgeausweises: <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> 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: _____ 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	Rue Condémine 56	T 026 919 87 40
Freiburg	Rue de l'Hôpital 15	T 026 350 33 79
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 – CP 5278 – 1211 Genf 11
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch