



## 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 :** \_\_\_\_\_