



Meldung unbezahlter Urlaub

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte Person

Name

Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Geschlecht

m w

Volle Arbeitsfähigkeit

Ist die versicherte Person gesundheitlich voll arbeitsfähig?

Ja Nein (kein unbezahlter Urlaub möglich)

Beginn/Ende

Beginn

Ende

Mindestdauer (erster Tag des unbezahlten Urlaubs)

(letzter Tag des unbezahlten Urlaubs)

1 Monat

Variante 1 Unveränderte Weiterführung der Vorsorge

mit unveränderter Aufteilung der Beiträge

mit neuer Aufteilung der Beiträge

Arbeitnehmer in %

Arbeitgeber in %

Variante 2 Weiterführung des Risikoschutzes (ohne Sparbeiträge)

mit unveränderter Aufteilung der Beiträge

mit neuer Aufteilung der Beiträge

Arbeitnehmer in %

Arbeitgeber in %

Variante 3 Unterbrechung des Risikoschutzes (ohne Sparbeiträge)

mit unveränderter Aufteilung des Beitrags für den Sicherheitsfonds

mit neuer Aufteilung der Beiträge

Arbeitnehmer in %

Arbeitgeber in %

Jahreslohn und Beschäftigungsgrad

Jahreslohn nach Ende unbezahlter Urlaub

unverändert wie vor unbezahltem Urlaub

Beschäftigungsgrad nach Ende unbezahlter Urlaub

unverändert wie vor unbezahltem Urlaub

Beschäftigungsgrad neu

Jahreslohn neu CHF

Gültig ab

Sonstiges

Unterschrift

Datum

Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber