

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 _____ (erfolgt der Beitritt im Laufe des Jahres, aufgerechneter Jahreslohn)	Beschäftigungsgrad: _____ % (nur wenn der Arbeitgeber die Verwaltung des Koordinationsabzugs beantragt hat)
Personalkategorie: _____ (nur wenn Ihr Anschluss mehrerer Kategorien umfasst, z.B. Mitarbeitende, Kader, Direktion,...)	Vorheriger Arbeitgeber: _____
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 _____ (erfolgt die Änderung im Laufe des Jahres, aufgerechneter Jahreslohn)	Beschäftigungsgrad: _____ % (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	Rue Condémine 56	T 026 919 87 40
	Freiburg	Rue de l'Hôpital 15	T 026 552 66 90
	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 – Postfach – 1211 Genf 3
T 058 715 31 11 – ciepp@fer-ge.ch – www.ciepp.ch