



Eintrittsmeldung

Arbeitgeber

Firmenname _____ Vertrag Nr. _____

Zu versichernde Person

Name _____ Sozialversicherungsnr. 756. _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ Zivilstand _____

PLZ/Ort _____ Hochzeitsdatum (PartG) _____

Nationalität _____ Beruf _____

Korrespondenzsprache ☐ D ☐ FGeschlecht ☐ M ☐ W

Vertragsdaten

Vertragsbeginn _____

AHV-Jahreslohn _____

Beschäftigungsgrad in % _____

Kategorie ☐ Geistliche ☐ Laien

Ist die zu versichernde Person aktuell und zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vollständig arbeitsfähig?

☐ ja ☐ neinErfolgt die Einstellung aufgrund einer Umschulung durch die Invalidenversicherung (IV)? ☐ ja ☐ nein

Anmerkungen

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: