



Eintrittsmeldung

Arbeitgeber

Firma/Unternehmung: _____

Nr. des Vertrages: _____

PLZ/Ort: _____

Kategorie (wenn nötig) : _____

Zu versichernde Person

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: _____

Geburtsdatum: _____ AHV Nr.: _____

Zivilstand: _____ Datum der Heirat: _____ Beruf: _____

Sprache (D/F/I): _____ Nationalität: _____ Ausländer-Ausweis: _____

Vollständige Adresse: _____

Eintrittsdatum: _____ AHV-Jahreslohn: Fr. _____ Beschäftigungsgrad in %: _____

Für selbständigerwerbende Personen im Sinne der AHV, versichertes Jahreseinkommen Fr. _____

Ist die versicherte Person bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig? ja nein

Bezieht die zu versichernde Person von der IV-, vom UVG-, KVG oder anderen Versicherern ja nein

Taggeld- oder Rentenleistungen ?

Wenn ja, von welcher Versicherung: _____ Invaliditätsgrad in %: _____

Kopie der Verfügung beilegen.

Ort und Datum:

Unterschrift des Arbeitgebers:
