

Anmeldung
Demande d'inscription
Notifica d'iscrizione

Zivilstands-, Namensänderung
Changement de nom et/ou d'état civil
Cambiamento di nome e/o di stato civile

Lohnänderung
Modification de salaire
Modifica di stipendio

Versichertenr.:

No d'assurance:

N. d'assicurato: 756.

Geburtsdatum:	Geschlecht:	männlich	weiblich
Date de naissance:	Sexe:	masculin <input type="checkbox"/>	féminin <input type="checkbox"/>
Data di nascita:	Sesso:	maschile	femminile

Name:	Vorname:
Nom:	Prénom:
Cognome:	Nome:

Adresse versicherte Person:
Adresse de la personne assurée:
Indirizzo della persona assicurata:

Mitgliednummer:
N° de membre:
N. di membro:

Personenkreis (sofern nur einer möglich, leer lassen):
Catégorie de personnel (si une seule est possible, ne pas remplir): 0 1 2 3 4
Categoria del personale (se solo una é possibile, non compilare):

Sprache:	deutsch	französisch	italienisch
Langue:	allemand <input type="checkbox"/>	français <input type="checkbox"/>	italien <input type="checkbox"/>
Lingua:	tedesco	francese	italiano

Zivilstand:	ledig	verheiratet	eingetragene Partnerschaft	verwitwet	geschieden
Etat civil:	célibataire <input type="checkbox"/>	marié <input type="checkbox"/>	partenariat enregistré <input type="checkbox"/>	veuf <input type="checkbox"/>	divorcé <input type="checkbox"/>
Stato civile:	celibe/nubile	coniugato	unione domestica registrata	vedovo	divorziato

Datum der Eheschliessung / der eingetragenen Partnerschaft:
Date du mariage / du partenariat enregistré:
Data del matrimonio / dell'unione domestica registrata:

Eintritt in den Betrieb:	Beginn der Versicherung:
Entrée dans l'entreprise:	Début de l'assurance:
Entrata nell'impresa:	Inizio dell'assicurazione:

Zu versichernde Jahreslohnsumme inkl. 13. Monatslohn:
Salaire annuel assuré y compris 13e salaire:
Salario annuo assicurato, compresa la 13esima: CHF _____

Beschäftigungsgrad (nur wenn im Vorsorgeplan vorgesehen):
Degré d'occupation (seulement si prévu dans le plan de prévoyance):
Grado d'occupazione (solo se previsto nel piano di previdenza): _____%

Gültig ab:
Valable à partir du:
Valido dal: _____

Ort / Datum:
Lieu / date:
Luogo / data:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebenden
Timbre et signature de l'employeur
Timbro e firma del datore di lavoro

Unterschrift des zu Versichernden
Signature de la personne à assurer
Firma della persona da assicurare