

## Meldung unbezahlter Urlaub

Unbezahlter Urlaub von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_ (max. 6 Monate)

### Arbeitgeber

Vertrags-Nr.: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Versicherte Person

Titel: _____	E-Mail: _____
Name: _____	Telefon: _____
Vorname: _____	AHV-Nr. (13-stellig): 756. _____
Strasse: _____	Berufliche Tätigkeit: _____
PLZ: _____	Geburtsdatum: _____
Ort: _____	Geschlecht:      w      m
	Sprache:      de      fr      it

### Zivilstand

Ledig     Verheiratet     Verwitwet     Geschieden

### Ehepartner

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heirats-/Scheidungsdatum: \_\_\_\_\_

### AHV-Jahreslohn nach Ende des unbezahlten Urlaubs

Bitte den Jahreslohn rechnen (Monatslohn × 12 oder × 13)

CHF: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad: \_\_\_\_\_ %

### Reglementarische Bestimmungen gemäss Art. 10.1

Die versicherte Person kann die bisherige Vorsorgeversicherung bei der VSM-Stiftung für eine maximale Dauer von 6 Monaten im vollen oder in reduziertem Umfang für die Risiken Tod und Invalidität sowie auf ihr Verlangen auch für die Altersvorsorge weiterführen, wenn

- a) sie ohne Aufgabe der Erwerbstätigkeit aus der obligatorischen Versicherung ausscheidet;
- b) die Lohnzahlungen bei weiterdauerndem Arbeitsverhältnis infolge unbezahlten Urlaubs, Arbeitsunterbruch während der Schwangerschaft, Verlängerung des Schwangerschaftsurlaubs oder Weiterbildung ausbleiben

### Weiterführung der Versicherung während des unbezahlten Urlaubs

Nein

Risikoleistungen                      Beitragsaufteilung (in Prozent)      Arbeitgeber: \_\_\_\_\_      Arbeitnehmer: \_\_\_\_\_

Risiko- und Altersleistungen      Beitragsaufteilung (in Prozent)      Arbeitgeber: \_\_\_\_\_      Arbeitnehmer: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der zu versichernden Person

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers