

## Meldeformular unbezahlter Urlaub

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Vertrag-Nr. \_\_\_\_\_

### Angaben der versicherten Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Unbezahlter Urlaub (während max. 12 Monaten)

ruhende Versicherung **oder**

weitergeführte Risikoversicherung

mit Sparen

ohne Sparen

Gültig ab (Datum) \_\_\_\_\_ gültig bis (Datum) \_\_\_\_\_

Bezieht eine versicherte Person während einer bestimmten Zeit unbezahlten Urlaub, sieht das Personalvorsorge- und Organisationsreglement in Artikel 8 folgende Regelung vor:

- Bei unbezahltem Urlaub von mindestens einem Monat am Stück, inklusive Saisonunterbrüche, ruht ohne gegenteilige Regelung das Vorsorgeverhältnis. Beiträge – ausser Verwaltungskosten – werden in dieser Zeit keine entrichtet. Tritt ein Versicherungsfall während der beitragsfreien Zeit ein, so wird im Todesfall als Todesfallkapital das vorhandene Altersguthaben fällig, im Invaliditätsfall ein Invaliditätskapital in der Höhe des vorhandenen Altersguthabens. Weitere Leistungen sind nicht versichert. Die ruhende Versicherung ist auf die Dauer von 12 Monaten beschränkt. Wird die Arbeit bis dann nicht mehr aufgenommen, so wird das Vorsorgeverhältnis auf diesen Zeitpunkt hin aufgelöst und die Austrittsleistung fällig.
- Anstelle der vorgehenden Bestimmungen kann die **versicherte Person mit Einwilligung der Firma** auch ausdrücklich und schriftlich wünschen, während des unbezahlten Urlaubs für maximal 12 Monate die Risikoversicherung mit oder ohne Sparversicherung weiterzuführen. In diesem Fall überweist die Firma die notwendigen Beiträge an die Stiftung.
- Bei einem unbezahlten Urlaub von weniger als einem Monat am Stück ruht das Vorsorgeverhältnis nicht und wird folglich unverändert weitergeführt.

### Bestätigung

Bitte **bestätigen** Sie uns nach Ende des unbezahlten Urlaubs **schriftlich** die Wiederaufnahme der Arbeit sowie die vollständige Erwerbsfähigkeit der versicherten Person.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Arbeitgeber

Hiermit bestätige ich (versicherte Person), dass ich gemäss obigen Angaben unbezahlten Urlaub nehmen werde und von Artikel 8 des Personalvorsorge- und Organisationsreglements Kenntnis genommen habe. Ich bin mir bewusst, dass ich ohne gegenteilige Vereinbarung mit dem Arbeitgeber bei Weiterführung der Versicherung die gesamten Beiträge selber bezahlen muss.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift versicherte Person