

Meldung unbezahlte Elternzeit

Angaben zur versicherten Person

Name: _____

Vorname: _____

Arbeitgeber: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherungsschutz

Beitragsfreier Schutz für die Risiken Tod und Invalidität (Risikobeiträge werden von der BEVO übernommen)

Dauer der unbezahlten Elternzeit (max. 2 Monate)

Beginn per: _____

Ende per: _____

Austritt nach der unbezahlten Elternzeit?

☐ NEIN

☐ JA

Datum des Austritts: _____

Versicherter Jahreslohn

(Letzter AHV-Lohn vor dem Bezug des Elterngeldes)

AHV-Jahreslohn CHF: _____

Das Formular ist nach Möglichkeit vor Antritt der Elternzeit einzureichen.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers