

## Meldeformular Eintritt

### Arbeitgeber

Unternehmung	Unternehmungsnummer
--------------	---------------------

### Versicherte Person

Name		Vorname	
Strasse		Wohnort	
Geburtsdatum		AHV-Nr.	
Zivilstand		Heiratsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Korrespondenz	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Französisch	<input type="checkbox"/> Italienisch

### Eintritt

Datum Stellenantritt			
Saisonier	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
AHV-pflichtiges Jahreseinkommen CHF			
Beschäftigungsgrad	%		
Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Bezieht die zu versichernde Person eine IV-Rente	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Invaliditätsgrad	%		

### Bemerkungen

Datum	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers
-------	---

