

## Unbezahlter Urlaub

Formular für Arbeitgeber

\* Pflichtfelder

Anrede*	Herr	Frau		
Vorname*	<input type="text"/>	Name*	<input type="text"/>	
Adresse*	<input type="text"/>			
PLZ*	<input type="text"/>	Ort*	<input type="text"/>	
Geburtsdatum*	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.*	<input type="text"/>	
Telefon*	<input type="text"/>	E-Mail*	<input type="text"/>	
Ort, Datum*	<input type="text"/>	Unterschrift*	<input type="text"/>	

Wir bestätigen, dass wir der versicherten Person diesen unbezahlten Urlaub gewähren

Urlaub von*	<input type="text"/>	bis*	<input type="text"/>
-------------	----------------------	------	----------------------

Es besteht die Möglichkeit, die Alters- und Risikoversicherung oder nur die Risikoversicherung (Art. 27 Vorsorgereglement), für maximal 24 Monate weiterzuführen. Die gesamten Beiträge werden vom Arbeitgeber eingefordert.

- Weiterführung der Alters- und Risikoversicherung (Spar- und Risikobeiträge)
- Weiterführung nur der Risikoversicherung (nur Risikobeiträge)

Ort, Datum*	<input type="text"/>
-------------	----------------------

Stempel Unterschrift Arbeitgeber*	<input type="text"/>
-----------------------------------	----------------------

Wird keine Versicherung weitergeführt, besteht der Versicherungsschutz noch während des ersten Monats des Urlaubs weiter. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf dieses Monats, aber vor Beendigung des unbezahlten Urlaubs ein, besteht Anspruch auf die Austrittleistung, berechnet auf den Zeitpunkt des Urlaubbeginns und erhöht um den Zins für die seither vergangene Zeit.

Bitte stellen Sie uns das Formular bis spätestens 1 Monat vor Antritt des unbezahlten Urlaubs zu.