**Meldung unbesoldeter Urlaub**

***Vom Arbeitgeber auszufüllen***

**Dauer des Urlaubs: vom:** **bis:**

(mindestens 4 bis maximal 12 Monate)

**Name, Vorname:** **,**  **Mitglied-Nr:**

**Strasse:**  **oder AHV-Nr:** **756.**

**PLZ/Ort:**  **Geburtsdatum:**

**Freiwillige Weiterführung der Risikoversicherung** (vgl. untenstehenden Antrag)

**Beendigung der Mitgliedschaft**

wegen Unterschreitung des BVG-Mindestlohnes ab:

Ist das Mitglied (teilweise) arbeitsunfähig?  Nein  Ja seit:

Sind Abklärungen bei der Eidg. IV hängig?  Nein  Ja

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Stempel, Unterschrift Arbeitgeber

***Vom Mitglied auszufüllen***

**Versicherungsantrag um freiwillige Weiterführung der Risikoversicherung**

Basierend auf Artikel 6.2 des seit 01.01.2020 gültigen Vorsorgereglementes (VRegl) beantrage ich die freiwillige Weiterführung der bisherigen Risikoversicherung für Invalidität und Tod während der gesamten Dauer des oben aufgeführten unbesoldeten Urlaubes. Die Risiko- und Verwaltungsbeiträge betragen während der gesamten Dauer des unbesoldeten Urlaubes 4.0% des versicherten Jahresverdienstes. Der massgebende versicherte Jahresverdienst vor dem unbesoldeten Urlaub wird während des gesamten unbesoldeten Urlaubes und unter Vorbehalt von Artikel 7.3 VRegl auch während der bis Ende des Kalenderjahres verbleibenden Monate nach dem Urlaub weitergeführt.   
Die Geschäftsstelle erhebt diese Risiko- und Verwaltungsbeiträge jeweils im entsprechenden Kalenderjahr mit der Beitragsabrechnung beim Arbeitgeber.

**Der Antrag muss der Geschäftsstelle bis spätestens einen Monat nach Urlaubsbeginn schriftlich eingereicht werden. Andernfalls besteht danach kein Risikoschutz der Pensionskasse mehr!**

**Ich wünsche die Beendigung der Mitgliedschaft und nehme explizit zur Kenntnis, dass die in der Pensionskasse versicherten Leistungen bei Invalidität und Tod danach noch während längstens einem Monat versichert bleiben.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Mitglied

01.23