



# Unbezahlter Urlaub (Weiterführung der Vorsorge)

Formular für Arbeitgeber

(Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerin)

## 1 Persönliche Angaben der versicherten Person

Name	_____	Strasse	_____
Vorname	_____	PLZ/Ort	_____
AHV-Nr.	_____	Geburtsdatum	_____
E-Mail	_____	Eintrittsdatum	_____
Arbeitgeber	_____		

## 2 Hinweise zur Weiterführung der Risikoversicherung bei unbezahlttem Urlaub

- Bei einem unbezahlten Urlaub von maximal zwölf Monaten kann die Vorsorge einer versicherten Person nur für die Risiken Tod und Invalidität oder aber in bisherigem Umfang (inkl. Sparen) weitergeführt werden.
- Die Meldung hat in schriftlicher Form durch den Arbeitgeber zu erfolgen und muss spätestens 1 Monat vor Antritt des unbezahlten Urlaubs bei der Pensionskasse vorliegen. Trifft die Meldung zu spät ein, erfolgt der Austritt.
- Die Meldung hat die Zeitdauer des unbezahlten Urlaubs und die Kostenverteilung für die Beiträge zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerin zu enthalten und bedarf der Unterschriften beider Parteien.
- Wenn das Arbeitsverhältnis während des unbezahlten Urlaubs aufgelöst wird, endet die weitergeführte Vorsorge.

## 3 Dauer des unbezahlten Urlaubs und Kostenverteilung der Beiträge

Dauer des unbezahlten Urlaubs von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Verteilung Kosten der Risikobeiträge:  versicherte Person \_\_\_\_\_ %  Arbeitgeber \_\_\_\_\_ %

Verteilung Kosten Beiträge bei zusätzlichem Sparen (fak.): Gewünschte Variante (siehe unten): [ ]

- Mögliche Varianten mit Sparen:
- [ 0 ] SPAREN gem. Plan / RISIKO gem. Plan
  - [ 1 ] SPAREN 100% AN / RISIKO 100% AN
  - [ 2 ] SPAREN 100% AG / RISIKO 100% AG
  - [ 3 ] SPAREN 100% AN / RISIKO gem. Plan
  - [ 4 ] SPAREN 100% AN / RISIKO 100% AG

## 4 Höhe der versicherten Risikoleistungen

Leistungen bei Invalidität		Leistungen bei Tod	
Invalidenrente	gemäss Rahmenreglement Ziff. 26	Ehegatten-/Lebenspartnerrente	gemäss Rahmenreglement Ziff. 28 - 30
Beitragsbefreiung	gemäss Rahmenreglement Ziff. 18	Waisenrente	gemäss Rahmenreglement Ziff. 31
Invalidenkinderrente	gemäss Rahmenreglement Ziff. 27	Todesfallkapital	gemäss Rahmenreglement Ziff. 32

(Im Leistungsfall sind ausschliesslich die gesetzlichen und die reglementarischen Bestimmungen verbindlich)

## 5 Bestätigung und Unterschrift des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber bestätigt die Vereinbarung mit der versicherten Person bezüglich Dauer und Kostenverteilung im unter Punkt 3 aufgeführten Umfang und verpflichtet sich, der Pensionskasse die Beiträge monatlich zu überweisen. Er nimmt zur Kenntnis, dass die Pensionskasse über Änderungen unverzüglich schriftlich zu informieren ist.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Firmenname / Stempel \_\_\_\_\_

Kontaktperson / Unterschrift \_\_\_\_\_

Tel.Nr./E-mail für Rückfragen \_\_\_\_\_

## 6 Bestätigung und Unterschrift der versicherten Person

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die Angaben in diesem Formular korrekt sind und meinem Willen entsprechen, und ich die Hinweise sowie die reglementarischen Bestimmungen zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift versicherte Person \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die Pensionskasse Stadt St.Gallen, Rathaus, 9001 St.Gallen.**