Austrittsmeldung Arbeitgeber

Arbeitgeber

Name

Angaben zur versicherten Person

Personal-Nummer

Name | Vorname

Strasse | PLZ/Ort

E-Mail

SV-Nummer | Geburtsdatum

Austrittsdatum

Datum des Austritts

Besteht eine volle Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn nein, werden Kranken- oder Unfalltaggelder ausgerichtet? ☐ Ja ☐ Nein

Bestätigung des Arbeitgebers

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort/Datum | Unterschrift des Arbeitgebers und Firmenstempel

Rivora Sammelstiftung
Schlosstalstrasse 49 | CH-8406 Winterthur | T +41 52 264 50 20 | F +41 52 264 50 39 | info@rivora.ch | rivora.ch