

# A Y Xi b[ 'GU]gcbunterbruch

## Arbeitgeber:

.....  
Mitglied-Nr.

.....  
Firmenname

Pensionskasse  
Gärtner & Floristen  
Ifangstrasse 8  
8952 Schlieren

## Saisonunterbruch

Tritt die versicherte Person ihren Saisonunterbruch an und wird sie aller Voraussicht nach in der Folgesaison wieder einen Arbeitsvertrag erhalten, so ist uns der Saisonunterbruch mit diesem Formular «Meldung Saisonunterbruch» mitzuteilen. Auf Grund dieser Meldung passen wir die Versicherung gemäss Vertrag an.

## Hinweis für definitiven Austritt

Versicherte Personen, deren Arbeitsverhältnis beendet wurde,  
 ➔ weil sie in der Folgesaison keinen Arbeitsvertrag mehr erhalten werden,  
 ➔ weil sie ihre Arbeit wider Erwarten per Saisonbeginn nicht angetreten haben,  
 ➔ weil ihr Arbeitsvertrag aus sonstigen Gründen aufgelöst wurde,  
 sind uns mit dem Formular «Austrittsmeldung» als definitive Austritte zu melden. Ihre Versicherungen werden wir auflösen.

AHV-Nr.

Vorname, Nachname

Saisonende

Nicht voll arbeitsfähig

(X)

Bemerkungen

Wir haben die per Saisonende nicht voll arbeitsfähigen Personen in der entsprechenden Kolonne mit **X** gekennzeichnet und bestätigen, dass die nicht gekennzeichneten Personen voll arbeitsfähig sind.

.....  
Ort und Datum:

.....  
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers