

**Arbeitgeberbescheinigung**

Eingangsdatum

|                               |              |            |
|-------------------------------|--------------|------------|
| Name und Vorname              | Pers.-Nr.    | AHV-Nr.    |
| PLZ, Wohnort, Strasse, Nummer | Geburtsdatum | Zivilstand |

Der Arbeitgeber ist zu wahrheitsgetreuer Auskunft verpflichtet und hat gegenüber Dritten Schweigen zu bewahren (Art. 20, 88 AVIG; Art. 28 ATSG); insbesondere hat er der versicherten Person auf deren Verlangen die Arbeitgeberbescheinigung innerhalb einer Woche zuzustellen.

**Arbeitsverhältnis**

Für die Beantwortung nachfolgender Fragen sind die Verhältnisse unmittelbar vor dem Austritt massgebend.

- 1 Art des Arbeitsverhältnisses  befristet  unbefristet  von der ALV finanziertes Programm zur vorübergehenden Beschäftigung
- Vollzeitbeschäftigung  Aushilfsstelle  Beschäftigung auf Abruf
- Teilzeitbeschäftigung  Saisonanstellung  Temporärarbeitsverhältnis
- Heimarbeitsverhältnis  Lehrverhältnis
- 2 Dauer des Arbeitsverhältnisses vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- 3 Tätig als \_\_\_\_\_
- 4 Ist die versicherte Person oder deren Ehegatte/Ehegattin/eingetragener Partner/eingetragene Partnerin am Betrieb beteiligt oder in leitender Funktion (z.B. Aktionär, Verwaltungsrat in einer AG oder Gesellschafter, Geschäftsführer in einer GmbH, etc.)?  ja  nein
- 5 Normalarbeitszeit im Betrieb \_\_\_\_\_ Std. pro Woche
- 6 Vertragliche Normalarbeitszeit der versicherten Person \_\_\_\_\_ Std. pro Woche
- 7 Bestand ein schriftlicher Arbeitsvertrag?  ja  nein
- 8 Unterlag das Arbeitsverhältnis einem Gesamtarbeitsvertrag?  
 ja GAV \_\_\_\_\_  nein
- 9 Mit welcher AHV-Ausgleichskasse rechnet der Betrieb ab? \_\_\_\_\_  
(Name und Nummer)

**Auflösung des Arbeitsverhältnisses**

- 10 Wer hat gekündigt? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_ Auf welchen Zeitpunkt? \_\_\_\_\_  
 mündlich  schriftlich (Kündigungsschreiben beilegen)
- 11 Dauer der gesetzlichen oder vertraglichen Kündigungsfrist? \_\_\_\_\_
- 12 War die versicherte Person im Zeitpunkt der Kündigung oder während der Kündigungsfrist wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Militär-, Zivil- oder Schutzdienst an der Arbeitsleistung verhindert?  
 ja, infolge \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  nein
- 13 Grund der Kündigung \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



14 Letzter geleisteter Arbeitstag

15 Die Lohnzahlung erfolgte bis am

### Beschäftigungszeiten in den letzten 2 Jahren

16 Nach Unterbrüchen der Anstellung von mindestens einem Monat neue Zeile benützen.

| von | bis | AHV-pflichtiger Gesamtverdienst |
|-----|-----|---------------------------------|
|     |     | Fr.                             |
|     |     | Fr.                             |
|     |     | Fr.                             |
|     |     | Fr.                             |

### 17 Verdienst

DER ARBEITGEBERBESCHEINIGUNG SIND DIE LOHNABRECHNUNGEN ODER LOHNJOURNALE DER LETZTEN 12 MONATE BEIZULEGEN

Letzter Monatslohn  Fr.

- Die versicherte Person hat letztmals  
am \_\_\_\_\_ einen 13. Monatslohn \_\_\_\_\_ von Fr.  
am \_\_\_\_\_ eine Gratifikation von Fr. \_\_\_\_\_ erhalten.

Letzter Stundenlohn:

| Grundlohn/<br>Stunde | Ferienent-<br>schädigung | Feiertags-<br>entschädigung | 13. Monatslohn/<br>Gratifikation | Stundenlohn<br>total |
|----------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Fr.                  | %                        | %                           | %                                | Fr.                  |

### 18 Absenzen

| Absenzen während den letzten 12 Monaten | von | bis | von | bis | von | bis |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Krankheit                               |     |     |     |     |     |     |
| Unfall                                  |     |     |     |     |     |     |
| Militär-, Zivil-, Zivilschutzdienst     |     |     |     |     |     |     |
| Unbezahlter Urlaub                      |     |     |     |     |     |     |
| Sonstige Absenzen                       |     |     |     |     |     |     |

19 Wird eine Rente/Pension ausgerichtet?  ja  Fr. \_\_\_\_\_ p/Monat  nein

(Unterlagen beilegen)

20 Bei welcher Pensionskasse sind die Mitarbeiter gemäss BVG versichert? \_\_\_\_\_

21 Haben Sie der versicherten Person bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses neben Lohnansprüchen weitere finanzielle Leistungen zugesprochen?  ja  Fr. \_\_\_\_\_ (Unterlagen beilegen)  nein

22 Wurden Kinder- und/oder Ausbildungszulagen ausgerichtet?  ja Anzahl Kinderzulagen  Anzahl Ausbildungszulagen   nein

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Vollständige Adresse/rechtsgültige Unterschrift/Firmenstempel

Tel. Nr. \_\_\_\_\_

- Beilagen in Kopie:  Kündigungsschreiben  
 Lohnabrechnungen der letzten 12 Monate (Ziffer 17)  
 Unterlagen nach Ziffer 19 + 21