

## Eintritt Arbeitnehmer

### Angaben zum Arbeitgeber

Abrechnungsnummer \_\_\_\_\_

Vorname/Name \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

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

Kontaktperson \_\_\_\_\_

---

### Angaben zu neuen Mitarbeitenden

Dieses Formular darf nur für Personen verwendet werden, welche bereits eine AHV-Nummer (ersichtlich auf der Krankenversicherungskarte) besitzen. Für Arbeitnehmer ohne Krankenversicherungskarte (Grenzgänger, Zuzug aus dem Ausland) muss das Formular „Anmeldung Versicherungsausweis“ eingereicht werden.

	Arbeitnehmer/in 1	Arbeitnehmer/in 2
AHV-Nummer	_____	_____
Name	_____	_____
Vorname	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____
Eintrittsdatum	_____	_____

---

### Ort, Datum, Unterschrift

**Einzureichen***connect:* Falls Sie noch keinen Zugang haben, senden Sie bitte ein Mail an [connect@medisuisse.ch](mailto:connect@medisuisse.ch)per Post: *medisuisse*, ArG, Postfach, 9001 St. Gallenper Mail: [arg@medisuisse.ch](mailto:arg@medisuisse.ch) (Angaben gemäss Formular genügen)