



# Meldung von Änderungen

Vertrag Nr. /

**Arbeitgeber** Name und Ort

**Versicherte Person**

Name Vorname

Versichertennummer

Geburtsdatum

Geschlecht

m  w

**Volle Arbeitsfähigkeit**

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig?  Ja  Nein

**Zivilstandsänderung**

Zivilstand neu Gültig ab Name neu Versichertennummer

- verheiratet
- geschieden
- verwitwet
- in eingetragener Partnerschaft
- in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft
- in durch Tod aufgelöster Partnerschaft

**Lohnänderung**

Jahreslohn neu CHF Gültig ab

**Beschäftigungsgradänderung**

Beschäftigungsgrad neu Gültig ab Jahreslohn neu CHF

**Plan- bzw. Kategorienwechsel**

Plan/Kategorie neu Gültig ab Jahreslohn neu CHF

**Unterstützungspflicht**

Unterstützungspflicht neu Gültig ab

- mit Unterstützungspflicht
- Wegfall Unterstützungspflicht

**Sonstiges**

**Unterschrift**

Datum

Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber