

Mutationsmeldung Berufliche Vorsorge

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Versicherten-Nr.

Angaben zur versicherten Person

Vorname

Name

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Nachstehende Änderung/en sind gültig ab

Änderung der Lohnangaben und/oder des Beschäftigungsgrades

Personenkreis

Jahreslohn CHF

Beschäftigungsgrad %

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig?

Ja

Nein

Änderungen der Angaben zur versicherten Person

Vorname

Geschlecht

männlich

weiblich

Name

Zivilstand

ledig*

verheiratet

Strasse/Nr.

in eingetragener Partnerschaft

PLZ/Ort

geschieden*

verwitwet*

AHV-Nr.

Heirats-/
Eintragungsdatum

*Bei Vorliegen einer Lebenspartnerschaft bitte das Formular „Anmeldung einer Lebenspartnerschaft (Erklärung)“ ausfüllen.

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift
Arbeitgeber

Vorname/Name
in Blockschrift

