

Firma:

Basis-Plan Kader-Plan/Ergänzungs-Plan Andere:

PERSÖNLICHE ANGABEN DES/R VERSICHERTEN

Name: Vorname:

Geburtsdatum: AHV-Nr.:

WIR MELDEN FÜR DIE VERSICHERTE PERSON FOLGENDE MUTATION

Lohn / Beschäftigungsgrad

Neuer AHV-Lohn ab: CHF

Anmerkung: Entsprechend der Lohnerhöhung hat die versicherte Person einen Gesundheitszustand auszufüllen

Beschäftigungsgrad ab: %

Änderung des Vorsorgeplans

Neuer Plan ab dem:

Plan: Basis-Plan Kader-Plan/Ergänzungs-Plan Andere:

Änderung des Zivilstandes

ledig verheiratet geschieden verwitwet

eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft

Falls verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft, Heirats- / Bindungsdatum:

Vorname des Ehegatten/Partners: Geburtsdatum:

Falls geschieden oder Partnerschaft aufgelöst, Datum der Scheidung/Auflösung:

Geburt

Vorname(n): Geburtsdatum:

Neue Adresse

Adresse:

Pensionierung

Pensionierung ab:

Anderer Mutationsgrund

Ort, Datum: Stempel, Unterschrift Arbeitgeber: