

## Berufliche Vorsorge Mutationsmeldung

Firma \_\_\_\_\_

Vertrags-Nr. \* \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.\* \_\_\_\_\_

\* Felder können durch Allianz Suisse Leben ergänzt werden

### zu versichernde Person / Adresse

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Neuer Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Neue AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Gültig ab \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

### Zivilstandsänderung

verheiratet       in eingetragener Partnerschaft       geschieden\*       verwitwet\*

\*gelten sinngemäss sowohl für die eheliche Gemeinschaft als auch für die eingetragene Partnerschaft

Gültig ab \_\_\_\_\_

### Neuer AHV-Jahreslohn / Änderung Beschäftigungsgrad

Nur wesentliche Änderungen im Sinne von Ziff. 2.3.3 ARB (Veränderung von mindestens 20% während des laufenden Jahrs)

AHV-Jahreslohn CHF \_\_\_\_\_ Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ %

Gültig ab \_\_\_\_\_

### Arbeitsunterbruch

Dauer von \_\_\_\_\_ bis (voraussichtlich) \_\_\_\_\_

Ist die versicherte Person beim Beginn des Arbeitsunterbruches ganz oder teilweise arbeitsunfähig?  ja       nein

falls ja: Grad der Arbeitsunfähigkeit \_\_\_\_\_ %

### Wiedereintritt nach Arbeitsunterbruch

Wiedereintritt per \_\_\_\_\_ Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ %

AHV-Jahreslohn CHF \_\_\_\_\_

Mussten Sie Ihre Arbeit in den letzten 3 Jahren aus gesundheitlichen Gründen für mehr als 2 Wochen ganz oder teilweise unterbrechen?  ja       nein falls ja, ist der vollständige Gesundheitsfragebogen einzureichen.Stehen Ihnen Rentenleistungen einer Sozialversicherung (z.B. IV, UV, MV, Pensionskasse) zu oder haben Sie solche beantragt?  ja       nein falls ja, sind der vollständige Gesundheitsfragebogen und Kopien der Unterlagen (Verfügung/Entscheidung) einzureichen.

### Wechsel des Vorsorgeplans

 Alle Arbeitnehmer       Kader       \_\_\_\_\_

### Unterschriften

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Unterzeichnenden, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Sie haben davon Kenntnis genommen, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der Daten abhängig ist. Im über- bzw. ausserobligatorischen Bereich können bei Verletzung dieser Auskunftspflichten der Versicherungsschutz bzw. die entsprechenden Leistungen verweigert werden.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift des Arbeitgebers oder der Stiftung \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie diese Erklärung an die in Ihrem Vorsorgeausweis angegebene Betreuungsstelle.