

Mutationsformular

(Bitte für Ein- und Austritte das separate Formular verwenden.)

Arbeitgeber

Name _____ Vertrags-Nr. _____

Vorsorgenehmer

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____

Lohn- und Beschäftigungsgradänderungen / Kategorien- bzw. Planwechsel

AHV-Jahreslohn CHF _____ gültig ab (Datum) _____

Beschäftigungsgrad _____ % gültig ab (Datum) _____

Kategorie/Plan-Nr. neu _____ gültig ab (Datum) _____

Unbezahlter Urlaub (während max. 6 Monaten)

ruhende Versicherung (Normalfall) _____ weitergeführte Risikoversicherung _____
Gültig ab (Datum) _____ gültig bis (Datum) _____

Erwerbsunfähigkeit

Krankheit _____ Unfall _____
(bitte Kopie der Krankentaggeldabrechnungen bzw. der Unfallkarte beilegen)
EU-Grad _____ % gültig ab (Datum) _____

Zivilstandsänderungen

verheiratet _____ gültig ab (Datum) _____
verwitwet _____ gültig ab (Datum) _____
geschieden _____ gültig ab (Datum) _____
evtl. Name neu _____ evtl. AHV-Nr. neu _____

Gesundheitserklärung

Ist die zu versichernde Person zur Zeit voll arbeits-, bzw. erwerbsfähig? Ja Nein

Ort/Datum _____ Stempel/Unterschrift Firma _____