



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