

Meldung von Änderungen



Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum: _____
Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Hausnummer: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Land: _____	Nationalität(en): _____
E-Mail: _____	Telefon: _____

(nachstehend «versicherte Person»)

Weitere Angaben

Arbeitgeber: _____	Pensionskasse: _____
Reglement/Plan: _____	Zivilstand: _____
AHV-Nr.: _____	
Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mutation

Änderung Adresse/Kontaktdaten

Strasse, Nr: _____	Land, PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____

Zivilstandsänderung

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet (Heiratsdatum: _____)
<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft	<input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt
<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet

Lohnänderung

Jahreslohn neu in CHF: _____	Gültig ab: _____
------------------------------	------------------

Beschäftigungsgrad

Beschäftigungsgrad neu in %: _____	Gültig ab: _____
Jahreslohn neu in CHF: _____	

Unbezahlter Urlaub

Versicherte Leistungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gültig ab: _____	Gültig bis: _____
---	------------------	-------------------

Folgende Arbeitgeberbeiträge sind zulasten der versicherten Person zusätzlich zu den Arbeitnehmerbeiträgen (Sparbeiträge allein ist nicht möglich)

<input type="checkbox"/> Sparbeiträge	<input type="checkbox"/> Risikobeiträge und übrige Beiträge
---------------------------------------	---

Arbeitgeber

Datum: _____	
	
Stempel	Unterschrift

VZ Vorsorge AG
Pension Fund Services,
Spitalgasse 33, 3011 Bern

