

Mutationsmeldung

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

☐ Pensionskasse	☐ Vorsorgestiftung	☐ Dienstleistungen AG
☐ Neueintritt	☐ Wiedereintritt	☐ Lohnänderung ☐ Planänderung
☐ Änderung Personenkreis	☐ Änderung Name/Zivilstand	☐ Korrektur Geb.-Datum/ AHV-Nr.

1. Firma

Name

Mitglied-/Vertrags-Nr.

2. Gültigkeit

Gültig ab

Personenkreis

3. Zu versichernde Person

☐ Arbeitnehmer/in

☐ Selbständigerwerbende/r

☐ Saisonal-Angestellte/r

Name

Vorname

AHV-Nr.

alte AHV-Nr. (falls vorhanden)

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ m ☐ w

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Telefon Mobil

E-Mail

Zivilstand

☐ ledig

☐ eingetragene Partnerschaft

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ verwitwet

Heiratsdatum

Sprache

☐ DE ☐ FR ☐ IT ☐ EN

Grenzgänger

☐ ja ☐ nein

Land

3.1 Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig?

☐ ja

☐ nein

3.2 Bezieht die zu versichernde Person Leistungen der Invaliden-, Militär- oder Unfallversicherung oder einer Pensionskasse?

☐ ja

☐ nein

4. Beschäftigung

Für die Versicherung ist – auch bei Saisonniers – das auf das ganze Jahr hochgerechnete AHV-Gehalt massgebend.

Jahreslohn in CHF

Teilzeitangestellte/-r

☐ ja, Beschäftigungsgrad in %

☐ nein

Soll der Koordinationsbetrag dem Beschäftigungsgrad
angepasst werden (ist im Anschlussvertrag geregelt)?

☐ ja

☐ nein

5. Bisherige Vorsorgeeinrichtung

Name der Vorsorgeeinrichtung

Adresse

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

Austrittsdatum (falls bekannt)



Bitte Kopien der Austrittsabrechnungen, allfälliger Freizügigkeitskonten bzw. -policen und des alten Versicherungsausweises beilegen.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Firma



Hinweis

- Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen muss die gesamte Freizügigkeitsleistung an die neue Vorsorgeeinrichtung überwiesen werden.