

Name des Arbeitgebers

Vertrags-Nr.

Untergruppe-Nr.

Name

Vorname

Sozialversicherungsnummer

Ist die versicherte Person voll erwerbsfähig? Ja Nein

Änderungen

Zivilstandsänderungen

verh. gesch. verwitw. eing. Partnerschaft gerichtl. getrenn. Partnerschaft ab:

Neuer AHV-Jahreslohn

ab: Effektiver Jahreslohn in CHF (bei unterjährigen Änderung Lohn für ein ganzes Jahr angeben)

Ja

Änderung Beschäftigungsgrad %

Lohnunterbruch / Unbez. Urlaub

Beginn:

Ende:

Unveränderte Weiterführung

Unterbruch Sparprozess

Aufhebung Deckung

Bitte stellen Sie uns bei unbezahltem Urlaub die Bestätigung der Abredeversicherung zu.

Kategorie Wechsel

ab: Neue Kategorie:

Unterstützungspflicht

mit Unterstützungspflicht

Wegfall Unterstützungspflicht

Gültig ab:

Sonstiges

Ort

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers bzw. der Stiftung

Datum