

# Meldung von Änderungen

Vertrag Nr. /

## Versicherte Person

Name	Vorname	
AHV-Nummer	Geburtsdatum	Geschlecht
		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w

## Volle Arbeitsfähigkeit

Ja  Nein

## Zivilstandsänderung

Zivilstand neu	Gültig ab	Name neu	AHV-Nummer
<input type="checkbox"/> verheiratet			
<input type="checkbox"/> geschieden			
<input type="checkbox"/> verwitwet			
<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft			
<input type="checkbox"/> in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft			
<input type="checkbox"/> in durch Tod aufgelöster Partnerschaft			

## Lohnänderung

Jahreslohn neu CHF	Gültig ab
--------------------	-----------

## Plan- bzw. Kategorienwechsel

Plan/Kategorie neu	Gültig ab	Jahreslohn neu CHF
--------------------	-----------	--------------------

## Unterstützungspflicht

Unterstützungspflicht neu	Gültig ab
<input type="checkbox"/> mit Unterstützungspflicht	
<input type="checkbox"/> Wegfall Unterstützungspflicht	

## Sonstiges

## Unterschrift

Datum	Unterschrift der versicherten Person
-------	--------------------------------------

## Senden an

vorsorgestiftung film und audiovision  
Durchführungsstelle  
Postfach 300  
8401 Winterthur