

Betrieb Nr.

Vertrag Nr. /

Meldung von Änderungen

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte Person

Name Vorname

AHV-Nummer Geburtsdatum Geschlecht

m w

Volle Arbeitsfähigkeit Ja Nein

Zivilstandsänderung

Zivilstand neu Gültig ab Name neu AHV-Nummer

- 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

Senden an

vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur