

Meldung von Änderungen

Betrieb Nr. _____
 Vertrag Nr. _____ / _____

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