

Meldung von Änderungen

Betrieb Nr. _____
 Vertrag Nr. _____ / _____

Arbeitgeber Name und Ort _____

Versicherte Person Name _____ Vorname _____

Versichertennummer _____ Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

m. w.

Volle Arbeitsfähigkeit Ja Nein

Zivilstandsänderung Zivilstand neu _____ Gültig ab _____ Name neu _____ Versichertennummer _____

- 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 _____

Datum _____ Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber _____

Senden an Vorsorgestiftung Film und Audiovision
 Durchführungsstelle
 Postfach 300
 8401 Winterthur