

Mutationsmeldung

Angaben zum Arbeitgeber

Name

Vertragsnummer

Angaben der versicherten Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sozialvers.-Nr.

Änderung Zivilstand

Datum der Zivilstandsänderung

Neuer Zivilstand verheiratet eingetragene Partnerschaft
 geschieden aufgelöste Partnerschaft
 verwitwet

Neuer vollständiger Name

Lohnänderung / Änderung Beschäftigungsgrad

Datum der Änderung

Brutto-Monatslohn (Arbeitnehmer) CHF x 12 x 13

Beschäftigungsgrad

Voll arbeitsfähig Ja Nein

Lohnunterbruch / Unterbruch Versicherung (gemäss Art. 14 Vorsorgereglement)

Unbezahlter Urlaub / Weiterbildung von bis

Risikodeckung während Unterbruch gewünscht? Ja Nein

Spardeckung während Unterbruch gewünscht? Ja Nein

Brutto-Monatslohn bei Wiederaufnahme CHF x 12 x 13

Voll arbeitsfähig Ja Nein

Bemerkungen

Unterschrift Arbeitgeber

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Bitte einsenden an: Pro Medico Stiftung, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich