

## 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