

**Berufliche Vorsorge
Mutationsmeldung**

Firma _____

Vertrags-Nr. * _____ Versicherten-Nr.* _____

* Felder können durch Allianz Suisse Leben ergänzt werden

zu versichernde Person / Adresse

Name _____	Vorname _____
Neuer Name _____	Geburtsdatum _____
Neue AHV-Nr. _____	Gültig ab _____
Strasse _____	PLZ/Ort _____

Zivilstandsänderung

verheiratet in eingetragener Partnerschaft geschieden* verwitwet*

*gelten sinngemäss sowohl für die eheliche Gemeinschaft als auch für die eingetragene Partnerschaft

Gültig ab _____

Neuer AHV-Jahreslohn / Änderung Beschäftigungsgrad

Nur wesentliche Änderungen im Sinne von Ziff. 2.3.3 ARB (Veränderung von mindestens 20% während des laufenden Jahres)

AHV-Jahreslohn CHF _____ Beschäftigungsgrad _____ %

Gültig ab _____

Arbeitsunterbruch

Dauer von _____ bis (voraussichtlich) _____

Ist die versicherte Person beim Beginn des Arbeitsunterbruches ganz oder teilweise arbeitsunfähig? ja nein

falls ja: Grad der Arbeitsunfähigkeit _____ %

Wiedereintritt nach Arbeitsunterbruch

Wiedereintritt per _____ Beschäftigungsgrad _____ %

AHV-Jahreslohn CHF _____

Bestehen bei der zu versichernden Person gesundheitliche Einschränkungen, welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben?

ja nein falls ja, bitten wir die versicherte Person, uns den vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Gesundheitsfragebogen sowie allfällige Leistungsent-scheide anderer Privat- oder Sozial-versicherungsträger zuzustellen. Den Fragebogen sowie ein Merkblatt zum Anmeldeverfahren finden Sie im Inter-net: www.allianz.ch/bvg-dokumente

Wechsel des Vorsorgeplans

Alle Arbeitnehmer Kader _____

Unterschriften

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Unterzeichnenden, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Sie haben davon Kenntnis genommen, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der Daten abhängig ist. Im über- bzw. ausserobligatorischen Bereich können bei Verletzung dieser Auskunftspflichten der Versicherungsschutz bzw. die entsprechenden Leistungen verweigert werden.

Ort und Datum _____ Stempel / Unterschrift des Arbeitgebers oder der Stiftung _____ Unterschrift der zu versichernden Person _____

Bitte senden Sie diese Erklärung an Ihre Betreuungsstelle