

Meldung von Änderungen

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****Unterschrift**

Datum

Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber

Senden an

info@pk-merlion.ch