

Meldung von Änderungen

Änderung per: _____

Änderungsgrund

Änderung Personalien

Änderung Gehalt

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.: _____ Name: _____ PLZ, Ort: _____

Versicherte Person

Titel:	_____
Name:	_____
Vorname:	_____
Strasse:	_____
PLZ:	_____
Ort:	_____

E-Mail:	_____
Telefon:	_____
AHV-Nr. (13-stellig):	756.
Berufliche Tätigkeit:	_____

Zivilstand

Ledig Verheiratet Verwitwet Geschieden

Ehepartner

Name und Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Heirats-/Scheidungsdatum:	_____

AHV-Jahreslohn

Bitte den Jahreslohn rechnen (Monatslohn x 12 oder x 13)

CHF:	_____
Beschäftigungsgrad:	_____ %

Weitere Angaben der zu versichernden Person

Ich erhebe Anspruch auf eine Lebenspartnerrente <i>(erübrigt sich bei verheirateten Personen)</i>	Ja	Nein
Ich bin voll erwerbsfähig	Ja	Nein
Es besteht ein Vorbehalt durch die bisherige Vorsorgeeinrichtung <i>(Kopie des Vorbehaltsschreibens in verschlossenem Couvert beilegen)</i>	Ja	Nein
Ich bin bei der Invalidenversicherung angemeldet <i>(Kopien von Verfügungen etc. beilegen)</i>	Ja	Nein

Versicherungsschutz

Wir nehmen davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der obenstehenden Angaben abhängt und dass die VSM-Stiftung bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann und dass wir für die Folgen der Missachtung gesetzlicher Bestimmungen durch falsche oder unvollständige Angaben selbst verantwortlich sind.

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu versichernden Person

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers