

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

