# **mUTATIONSMELDUNG BERUFLICHE VORSORGE**

# (eINTRITT, ÄNDERUNG VON PERSONEN- UND LOHNDATEN)

## Ausgangslage

|  |  |
| --- | --- |
| Vorsorgeträger |  |
| Anschluss-Nummer |  |
| Betrieb |  |
| Eintritt in den Betrieb |  |
| Mutation / gültig ab |  |

## Personenangaben

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Vorname |  | | | | |
| Adresse |  | | | | |
| PLZ Ort |  | | | | |
| Sozial-Versicherungsnummer | 756. | | | | |
| Geburtsdatum |  | | | | |
| Geschlecht | männlich | weiblich |  |  |  |
| Zivilstand | ledig | eing. PS | verh. | gesch. | verw. |
| Sprache | DE | FR | IT | EN |  |
| Grenzgänger | Nein | Ja: Land |  | | |
| Arbeitsfähigkeit | Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig? | | | Ja | Nein |
| Rentenbezüger | Bezieht die zu versichernde Person Leistungen der Invaliden-, Militär- oder Unfallversicherung oder einer anderen Pensionskasse? | | | Ja | Nein |

## Lohnangaben

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jahreslohn |  | | |
| Teilzeitangestellter | Nein | Ja: Grad |  |

## Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_