|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vorsorgeträger | Versicherer |       | Anschluss Nr. |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Arbeitgeber | Name |       | Zuständig |       |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Mutationsart | [ ]  Neueintritt |  |  |
|  | [ ]  Austritt |  |  |
|  | [ ]  Änderung von Personendaten |  |  |
|  | [ ]  Änderung Lohn- und/oder Beschäftigungsgrad |  |  |
| Gültig ab |       |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Mitarbeiter | Name |       | Telefon |       |
|  | Vorname |       | Email |       |
|  | Strasse |       | AHV-Nr. | 756.      .     .      |
|  | PLZ Ort |       | Zivilstand |       |
|  | Geb.Dat. |       | Geschlecht | [ ]  M | [ ]  W |
|  | Sprache |       | Grenzgänger | [ ]  Nein | [ ]  Ja |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Lohnangaben | Jahreslohn |       |  |  |
|  | Teilzeit | [ ]  Nein | [ ]  Ja, Grad |       % |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Arbeitsfähigkeit | Ist der Mitarbeiter voll arbeitsfähig? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Rentenbezüger | Bezieht der Mitarbeiter Leistungen von Sozialversicherungen | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
|  | Sozialversicherungen sind: IV, Militärversicherung, SUVA/UVG, Krankentaggeld, andere Pensionskasse |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Ort/Datum |       | Unterschrift |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wichtiger Hinweis** | Für andere Mutationen in der Pensionskasse nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf, damit wir Ihnen die nötigen Formulare des beteiligten Vorsorgeträgers übermitteln können. Zum Beispiel |
|  | [ ]  Einkauf in die Pensionskasse[ ]  Scheidungsteilung (sog. Durchführbarkeitsbestätigung)[ ]  WEF – Wohneigentumsförderung mit Verpfändung oder Kapitalbezug |