|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |