



Arbeitgeber: _____ Anschluss-Nr.: _____
Versicherte Person: _____ Vers.-Nr.: _____

Mutationsmeldung versicherte Person

(Dieses Formular bitte gut leserlich in Blockschrift oder mit Schreibmaschine ausfüllen und unterzeichnen)

Angaben zur Person

Soz.-Vers.-Nr.: _____ Sprache: D F I
Name: _____ Vorname: _____
Geschlecht: M F Geburtsdatum: _____
Zivilstand: ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft
 verwitwet geschieden aufgelöste Partnerschaft
Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: _____
Strasse, Nr.: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____

Änderung des Lohns

Jahreslohn (in CHF): _____ Gültig ab: _____
Jahreslohn (in CHF): _____ Gültig ab: _____
Jahreslohn (in CHF): _____ Gültig ab: _____

Ist der Arbeitnehmer weniger als ein Jahr lang bei einem Arbeitgeber beschäftigt, so gilt als Jahreslohn der Lohn, den er bei ganzjähriger Beschäftigung erzielen würde.

Änderung anderer Vorsorgedaten

Änderung des IV-Grads _____ neuer IV-Grad: _____ %
(bitte Kopie der aktuellen IV-Verfügung beilegen) gültig ab: _____

Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ort Datum Unterschrift der versicherten Person



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Vertraulich

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Vorsorge BVG
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

Vertraulich

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Vorsorge BVG
Elias-Canetti-Strasse 2
Postfach
8050 Zürich

Bitte legen Sie dieses Deckblatt den Unterlagen bei, die Sie uns zurücksenden. Vielen Dank.

Bitte benutzen Sie für die Rücksendung Ihrer Dokumente keine Büroklammern, Heftklammern und Klebeband.

