

MUTATIONSMELDUNG/LOHNÄNDERUNG

Dieses Formular ist vom Arbeitgeber unter Mithilfe der zu versichernden Person auszufüllen. Der unterzeichnende Arbeitgeber erklärt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben zum Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses. Er bestätigt mit seiner Unterschrift, Auskunfts- und Meldepflicht gegenüber der Stiftung und der versicherten Person jederzeit wahrgenommen zu haben.

Arbeitgeber **Ort/Kanton**

Firmen-Nr. **Vorsorgeplan**

Wartefrist **Kategorie**

Selbständigerwerbend Angestellt

Personalien der versicherten Person

Name Vorname

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Telefon (tagsüber) E-Mail

Mutation gültig per **01.**

Neuer AHV-Lohn
 Für Selbständigerwerbende: Max. AHV-pflichtiges Einkommen **CHF**

Für Angestellte: AHV-Jahresbruttolohn inkl. 13. Monatslohn **CHF** (bitte aufrechnen auf volles Jahr)

Neuer Beschäftigungsgrad in %

Neuer Zivilstand (Kopie eines offiziellen Dokuments beilegen)
 Verheiratet Eingetragene Partnerschaft Ledig Geschieden Verwitwet

Datum der Eheschliessung/Partnerschaftseintragung

Namensänderung (Neuer Name und gültig ab)

Neue AHV-Nr.

Personalien des Ehegatten/Partners Geburtsdatum

Name Vorname

Neue Privatadresse (neue Postadresse) Gültig ab

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Bemerkungen

Ort/Datum **Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers**

Die zu versichernde Person erklärt über den unterzeichnenden Arbeitgeber, die oben gestellten Fragen verstanden zu haben. Der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorerwähnten Angaben und nimmt davon Kenntnis, dass die VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben im Rahmen der reglementarischen und gesetzlichen Bestimmungen die Ausrichtung von Leistungen reduzieren oder verweigern sowie Schadenersatzansprüche geltend machen kann.