

## Mutationsmeldung / Lohnänderung

Dieses Formular ist vom Arbeitgeber auszufüllen.

Arbeitgeber ..... Ort/Kanton .....  
 Firmen-Nr. .... Vorsorgeplan .....  
 Wartefrist ..... Kategorie .....  
 selbständigerwerbend     angestellt

### Personalien der versicherten Person

Name ..... Vorname .....  
 Strasse/Nr. .... PLZ/Ort .....  
 Geburtsdatum ..... Sozialvers.-Nr. ....  
 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 %

.....

### Änderung Zivilstand (Personenstandsausweis beilegen)

ledig     verheiratet seit .....     geschieden seit .....     verwitwet  
 in eingetragener Partnerschaft seit .....  
 in aufgelöster Partnerschaft     gerichtlich seit .....     durch Tod

### Datum der Zivilstandsänderung

.....

### Neuer Name (neuer Name und gültig ab)

.....

### Neue Sozialvers.-Nr.

.....

### Personalien des Ehegatten/Partners

Geburtsdatum .....

Name ..... Vorname .....

### Neue Privatadresse (neue Postadresse)

gültig ab .....

Strasse/Nr. .... PLZ/Ort .....

Bemerkungen .....

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers

Der unterzeichnende Arbeitgeber bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Er erklärt, die Auskunft- und Meldepflicht gemäss Anschlussvertrag und Leistungsreglement jederzeit wahrgenommen zu haben. Mit seiner Unterschrift nimmt der Arbeitgeber zur Kenntnis, dass Medpension bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben ihre Leistungen reduzieren oder verweigern sowie Schadenersatzansprüche geltend machen kann.

(Seite 2, zum Ausdrucken und als Deckblatt für die Einsendung mit Fenstercouvert)

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Postfach 319  
3000 Bern 14

Medpension vsao asmac  
Brunnhofweg 37  
Postfach 319  
3000 Bern 14