

Mutationsmeldung



Bitte einsenden an: Fortius Vorsorgestiftung, Zürcherstrasse 170, Postfach 42, 9014 St.Gallen

Arbeitgeber	Name	<input type="text"/>	
	Vertrags-Nr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Versichertengruppe	<input type="text"/>	

Änderung	Gültig ab	<input type="text"/>
----------	-----------	----------------------

Personalangaben	Name	<input type="text"/>	
	Vorname	<input type="text"/>	
	AHV-Nr.:	<input type="text"/>	
	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sprache	<input type="text"/>	
	Geschlecht	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	
	Zivilstandsänderung	<input type="text"/>	

Lohnänderung	Gültig ab	<input type="text"/>	
	Jahreslohn	<input type="text"/>	CHF
	Beschäftigungsgrad	<input type="text"/>	%
	Voll arbeitsfähig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Lohnunterbruch	Unbezahlter Urlaub	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
		Gültig ab (Beginn Unterbruch)		Gültig bis (Ende Unterbruch)	
	Jahreslohn	<input type="text"/>		CHF	
	bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit				
	Voll arbeitsfähig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Risikodeckung während Unterbruch gewünscht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				

Übertritt	Gültig ab	<input type="text"/>	
	Versichertengruppe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Versicherungsplan	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Unterschrift	Arbeitgeber	_____
	Ort und Datum	_____