

ARBEITGEBER

Vertragsnummer:

Firma:

VERSICHERTE PERSON

Name: Vorname:

AHV-Nr.: Geburtsdatum: / /

1. ZIVILSTANDSÄNDERUNG

Neuer Zivilstand: ledig verheiratet eingetr. Partner(in) geschiede* verwitwet*

* gilt analog auch für eingetragene Partner

Neuer Name: Neue AHV-Nr.:

Datum der Heirat/eingetragenen Partnerschaft: / /

Beizulegendes Dokument: - Kopie des Familienbüchleins **oder** der Heiratsurkunde / Partnerschaftsurkunde

2. ÄNDERUNG DES GEHALTS UND/ODER DES BESCHÄFTIGUNGSGRADS

Früherer AHV-Jahreslohn: CHF Früherer Beschäftigungsgrad:%

Neuer AHV-Jahreslohn: CHF Neuer Beschäftigungsgrad:%

ab : / / ab : / /

3. Tod

Sterbedatum : / / Todesursache : Krankheit Unfall

Beizulegende Dokumente: - Todesurkunde und ärztliches Attest mit der Todesursache
 - Familienbüchlein **oder** Heiratsurkunde **oder** Partnerschaftsurkunde
 - (nur bei Unfall) Entscheid des Unfallversicherers (UVG) und der AHV

Zivilstand beim Tod: ledig verheiratet eingetr. Partner(in) geschiede* verwitwet*

* gilt analog auch für eingetragene Partner

War die versicherte Person vor ihrem Tod erwerbsunfähig? nein ja seit: / /

Bitte ausgefüllte Arbeitsunfähigkeitsmeldung beilegen, falls die Arbeitsunfähigkeit länger dauert als die Wartefrist für die Prämienbefreiung.

Beitragszahlungen während des Jahres: von / / bis / /

Massgebender Lohn während dieser Zeit: CHF

Kontaktperson : Name: Vorname:
 (Familie des Verstorbenen, z.B. Witwer/Witwe)

Privatadresse: (Strasse, Nr.)
 (PLZ, Ort)

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

.....

.....

BITTE ZURÜCK AN:

Fondation Collective FCPE-Pensio
Case postale 300
1001 Lausanne