

## Mutationsmeldung

Vorsorgestiftung  
Zürcher Anwaltsverband  
Löwenstrasse 25  
Postfach 2424  
8021 Zürich

Arbeitgeber Firma \_\_\_\_\_  
Vertrag/Abrechnungsgruppe \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Änderungen Gültig ab \_\_\_\_\_  
Personalangaben Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr. 756. \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Sprache  Deutsch  Französisch  Italienisch  Englisch  
Geschlecht  Mann  Frau  
Zivilstandsänderung  Heirat  Eintragung Partnerschaft

Lohnänderung Gültig ab \_\_\_\_\_  
Jahreslohn \_\_\_\_\_ CHF  
Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ %  
Voll arbeitsfähig?  ja  nein

Lohnunterbruch Unbezahlter Urlaub von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Gültig ab (Beginn Unterbruch) Gültig bis (Ende Unterbruch)  
Jahreslohn \_\_\_\_\_ CHF bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit  
Voll arbeitsfähig?  ja  nein  
Risikodeckung während Unterbruch gewünscht?  ja  nein

Übertritt Gültig ab \_\_\_\_\_  
Versichertengruppe \_\_\_\_\_  
Versicherungsplan \_\_\_\_\_

### Unterschrift

Firma \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

