

# Mutationsmeldung

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

<input type="checkbox"/> Pensionskasse	<input type="checkbox"/> Vorsorgestiftung	<input type="checkbox"/> Dienstleistungen AG
<input type="checkbox"/> Neueintritt	<input type="checkbox"/> Wiedereintritt	<input type="checkbox"/> Lohnänderung <input type="checkbox"/> Planänderung
<input type="checkbox"/> Änderung Personenkreis	<input type="checkbox"/> Änderung Name/Zivilstand	<input type="checkbox"/> Korrektur Geb.-Datum/ AHV-Nr.

### 1. Firma

Name \_\_\_\_\_

Mitglied-/Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

### 2. Gültigkeit

Gültig ab \_\_\_\_\_ Personenkreis \_\_\_\_\_

### 3. Zu versichernde Person

Arbeitnehmer/in                       Selbständigerwerbende/r                       Saisonal-Angestellte/r

---

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_ alte AHV-Nr. (falls vorhanden) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht     m     w

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Zivilstand     ledig     eingetragene Partnerschaft     verheiratet     geschieden     verwitwet

Heiratsdatum \_\_\_\_\_ Sprache     DE     FR     IT     EN

Grenzgänger     ja     nein                      Land \_\_\_\_\_

3.1 Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig?                       ja                       nein

3.2 Bezieht die zu versichernde Person Leistungen der Invaliden-, Militär- oder Unfallversicherung oder einer Pensionskasse?                       ja                       nein



▼ Bitte beachten Sie die folgende Seite.

#### 4. Beschäftigung

Für die Versicherung ist – auch bei Saisoniers – das auf das ganze Jahr hochgerechnete AHV-Gehalt massgebend.

Jahreslohn in CHF

Teilzeitangestellte/-r

ja, Beschäftigungsgrad in % \_\_\_\_\_

nein

#### 5. Bisherige Vorsorgeeinrichtung

Name der Vorsorgeeinrichtung

Strasse, Nr.

PLZ

Ort

Austrittsdatum (falls bekannt)



Bitte Kopien der Austrittsrechnungen, allfälliger Freizügigkeitskonten bzw. -policen und des alten Versicherungsausweises beilegen.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der Firma



#### Hinweis

- Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen muss die gesamte Freizügigkeitsleistung an die neue Vorsorgeeinrichtung überwiesen werden.



► Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt, unterzeichnet und mit den benötigten Unterlagen an die Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.