

# Mutationsmeldung Weiterversicherung für externe Versicherte gemäss Art. 12a des Kassenreglements

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

## Hinweis

Die bestehende Lösung zur Weiterversicherung gemäss Art. 12a des Kassenreglements kann einmal jährlich mit Wirkung ab 1. Januar des folgenden Kalenderjahres gewechselt werden. Die Asga ist dabei jeweils bis spätestens 30. November schriftlich darüber zu informieren. Ohne rechtzeitige schriftliche Mitteilung bleibt die bisherige Lösung in Kraft.

Bitte beachten Sie auch unser Merkblatt «Weiterversicherung für externe Versicherte», welches Sie unter [www.asga.ch](http://www.asga.ch) abrufen können.

## 1. Versicherte Person

Name	Vorname	
AHV-Nr.	alte AHV-Nr. (falls vorhanden)	
Geburtsdatum	Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Strasse, Nr.	PLZ	Ort
Telefon Privat	Telefon Mobil	
E-Mail		

## 2. Ehemaliger Arbeitgeber

Name		
Strasse, Nr.	PLZ	Ort

## 3. Relevante Fragen

Bitte geben Sie uns an, welche Weiterversicherung neu per 1. Januar gewünscht ist:

- a. Weiterversicherung der Risikoleistungen (Tod und Invalidität)  (minimale Weiterversicherung)
- b. Weiterversicherung der Risiko- und Altersleistung (Sparbeiträge)

Bitte geben Sie uns an, welcher Jahreslohn neu per 1. Januar gewünscht ist:

- a. letzter gültiger Jahreslohn beim letzten Arbeitgeber
- b. oder tieferer Jahreslohn für die gesamte Vorsorge CHF \_\_\_\_\_

(mindestens muss der minimal koordinierte BVG-Lohn versichert werden)



▼ Bitte beachten Sie die folgende Seite.

Bitte beachten Sie, dass es nicht möglich ist, einen höheren Jahreslohn als während des letzten Arbeitsverhältnis zu versichern.  
Der versicherte Lohn kann zudem nicht auf CHF 0.– gesetzt werden (pausieren der Versicherung).

Mit der nachfolgenden Unterschrift bestätigt die obige versicherte Person die Kenntnisnahme des Merkblatts «Weiterversicherung für externe Versicherte», welches unter [www.asga.ch](http://www.asga.ch) abrufbar ist. Im Weiteren bestätigt die versicherte Person, dass sie im Zeitpunkt der Meldung und Inkrafttreten der Lohnanpassung gesund und voll arbeitsfähig ist.

Ort

Datum

Unterschrift der versicherten Person



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