



Pensionskasse SAV  
Postfach 6124  
Rue Pedro-Meylan 7  
1211 Genf 6

Tel.: 058 255 30 80  
Fax: 058 255 30 89  
info@pksav.ch  
www.pksav.ch

### Zur internen Nutzung

Versichertennummer : \_\_\_\_\_

Vorbearbeitung :  \_\_\_\_\_

Mupe ok :  \_\_\_\_\_

## Mutationsmeldung

Ist vor dem 15. des betreffenden Monats an die Kasse zu senden. Füllen Sie nur das/die relevanten Felder aus.

### Arbeitgeber

Firmenname : \_\_\_\_\_ Unternehmen Nr. : \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. : \_\_\_\_\_ Ansprechpartner : \_\_\_\_\_

PLZ / Ort : \_\_\_\_\_ Telefonnummer : \_\_\_\_\_

### Versicherter

Versichertennummer : \_\_\_\_\_

Nachname : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

### Adressänderung

Ab dem : \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. : \_\_\_\_\_ Telefonnummer : \_\_\_\_\_

PLZ / Ort : \_\_\_\_\_ E-Mail : \_\_\_\_\_

### Änderung des Zivilstands

verheiratet  geschieden  getrennt lebend  verwitwet  Sonstiges : \_\_\_\_\_

Datum der Ziviltrauung : \_\_\_\_\_ Neuer Name : \_\_\_\_\_

### Lohnänderung/Änderung des Kollektivs

Datum der Lohnänderung : \_\_\_\_\_ Brutto-AHV-Jahreslohn : CHF \_\_\_\_\_  
(zum 1. des Monats) (einschl. 13. Monatslohn und Gratifikation)

Beschäftigungsgrad : \_\_\_\_\_ %

Kollektiv (gemäss unterzeichneter Anschlussvereinbarung) :  1  2  3  Selbständigerwerbende

Versicherter Lohn (bestimmt gemäss Kollektiv oben) \_\_\_\_\_ Versicherter Jahreslohn : CHF \_\_\_\_\_

### Unbezahlter Urlaub

Von : \_\_\_\_\_ bis : \_\_\_\_\_  
(zum 1. des Monats)

*Dauert der unbezahlte Urlaub länger als 3 Monate, ist eine Austrittsmeldung erforderlich.*

### Statusänderung

Wechsel vom Selbständigen zum Arbeitnehmer ab dem : \_\_\_\_\_ Kollektiv :  1  2  3

Die Unterzeichner dieses Dokumentes versichern, dass die von ihnen gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Über etwaige Änderungen dieser Angaben haben die betreffenden Parteien die Kasse unverzüglich zu informieren. Bei unvollständig oder unrichtig gemachten Angaben kann diese im Rahmen der bestehenden Gesetze und/oder des Reglements die Leistungen reduzieren oder auch ganz ablehnen sowie Schadensersatzansprüche geltend machen.

Ort und Datum : \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten : \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arbeitgebers : \_\_\_\_\_