



Meldung von Änderungen

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte Person Name Vorname

Versichertennummer Geburtsdatum Geschlecht
 m w

Zivilstandsänderung Zivilstand neu Gültig ab Name neu Versichertennummer
 verheiratet
 geschieden
 verwitwet
 in eingetragener Partnerschaft
 in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft
 in durch Tod aufgelöster Partnerschaft

Lohnänderung Jahreslohn neu CHF Gültig ab

Beschäftigungsgradänderung Beschäftigungsgrad neu Gültig ab Jahreslohn neu CHF

Plan- bzw. Kategorienwechsel Plan/Kategorie neu Gültig ab Jahreslohn neu CHF

Unterstützungspflicht Unterstützungspflicht neu Gültig ab
 mit Unterstützungspflicht
 Wegfall Unterstützungspflicht

Sonstiges

Meldende Person im Auftrag des Arbeitgebers Datum Name Vorname
E-Mail-Adresse

Senden an formsservice.bvg@axa.ch

oder an:
AXA
Postfach 300
8401 Winterthur