



Meldung zur Weiterversicherung des bisherigen Lohnes

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte Person Name Vorname Versichertennummer

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

m w

Angaben zur Weiterversicherung Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig?
 Ja Nein

Beginn Weiterversicherung per Ende Weiterversicherung per

Effektiver Grundlohn CHF Grundlohn Weiterversicherung CHF Beschäftigungsgrad

Meldende Person im Auftrag des Arbeitgebers Datum Name Vorname

E-Mail-Adresse

Unterschrift versicherte Person Datum Unterschrift

Senden an formsservice.bvg@axa.ch

oder an:
AXA
Postfach 300
8401 Winterthur