

## Mutationsmeldung

Name Arbeitgeber/  
Name Selbständigerwerbender \_\_\_\_\_

Kontaktperson / Tel. Nr. \_\_\_\_\_

### Angaben über die versicherte Person

Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

<b>Mutation per</b>	
<b>Name und Vorname</b>	
<b>AHV-Nummer</b>	

### Diese Angaben sind bei jeder Mutation in jedem Fall zu machen:

<b>Sind Sie voll arbeitsfähig, bzw. erwerbsfähig?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Änderung einer bestehenden Erwerbsunfähigkeit</b>	Neu:	%

### Mutation – Personaldaten (es sind nur diejenigen Felder auszufüllen, welche ändern)

<b>Privatadresse (Strasse, PLZ und Ort)</b>	
<b>Zivilstand</b> <small>*Das Konkubinat muss mittels Formular „Bestätigung der Lebenspartnerschaft“ der PK SAV gemeldet werden.</small>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Konkubinat* <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft <input type="checkbox"/> gerichtlich aufgelöste Partnerschaft <input type="checkbox"/> durch Tod aufgelöste Partnerschaft
<b>Namensänderung</b>	
<b>Heiratsdatum/Datum eingetragener Partnerschaft</b>	
<b>Name und Geburtsdatum Partner/in</b> (für verheiratete Personen sowie bei eingetragener Partnerschaft)	

### Mutation – Versichertendaten (es sind nur diejenigen Felder auszufüllen, welche ändern)

<b>Personengruppe</b>	
<b>Massgebender AHV-Jahreslohn</b> - Für Selbständigerwerbende: AHV-Bruttoeinkommen - Für Angestellte: AHV-Bruttolohn	
<b>Beschäftigungsgrad in %</b>	%
<b>Für Arbeitnehmer: Funktion in der Kanzlei</b>	<input type="checkbox"/> Angestellter Anwalt <input type="checkbox"/> Personal

### Mutation – Unbezahlter Urlaub (es sind nur diejenigen Felder auszufüllen, welche ändern)

von _____ bis _____ maximal 6 Monate	<b>Versicherungsschutz</b> gem. Art. 12 Vorsorgereglement <input type="checkbox"/> im bisherigen Umfang weiterführen (Spar- und Risikobeiträge) <input type="checkbox"/> nur Risikoversicherung (Invalidität und Tod)
---	---

**Ort und Datum** \_\_\_\_\_

**Stempel und Unterschrift** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Arbeitgeber/Selbständigerwerbender

\_\_\_\_\_  
Arbeitnehmer

Der Arbeitgeber/Selbständigerwerbende und die zu versichernde Person erklären, die oben gestellten Fragen verstanden zu haben. Sie bestätigen zudem die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und nehmen davon Kenntnis, dass bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben die PK SAV im Rahmen der reglementarischen Bestimmungen die Ausrichtung von Leistungen reduzieren oder verweigern sowie Schadenersatzansprüche geltend machen kann.