Meldung von Änderungen

Arbeitgeber

Firma: PLZ, Ort: Vertrag Nr.:

Versicherte Person

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Sozialversicherungsnummer:

Änderungen

Name, AHV-Nr.

Name: Vorname: Sozialversicherungsnummer:

Zivilstand

☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ gesetzlich getrennt Gültig ab:

Lohn

Jahreslohn: Gültig ab:

Adresse

Strasse: PLZ, Ort: Gültig ab:

Teilzeitbeschäftigung

Beschäftigungsgrad: Gültig ab:

Kategorie, Personenkreis

Kategorie, Personenkreis: Gültig ab:

Unterstützungspflicht

☐ mit Unterstützungspflicht ☐ Wegfall Unterstützungspflicht Gültig ab:

Sonstiges:

Ort und Datum: Unterschrift ArbeitgeberIn:

ÖKK286d/08.22

Wir sind gerne für Sie da.
ÖKK Berufliche Vorsorge, Comercialstrasse 23, 7000 Chur
Telefon 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

Die Versicherung mit gesundem Bündnerverstand.

ÖKK