

Änderungsantrag

Mitgliedschaftsnummer: _____ Arbeitgeber / Unabhängiger Arzt: _____

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Sind Sie zum Zeitpunkt der Änderung voll arbeitsfähig oder erwerbsfähig? ja nein

Änderung des maßgeblichen Jahreslohns

Änderungsdatum: _____ / _____ / _____ (nur zu Beginn eines Monats möglich)

Neues angekündigtes Jahresgehalt: CHF _____ Neue Erwerbsquote: _____%

Änderung des Vorsorgeplans

Füllen Sie das Formular für die Wahl des SMARTMED-Vorsorgeplans aus.

Änderung des Zivilstands

Neuer Zivilstand : verheiratet gesetzlich zusammenlebend geschieden Witwe(r)

Änderungsdatum: _____ / _____ / _____ Geburtsdatum des Ehepartners: _____ / _____ / _____

Name des/der Verheirateten (falls zutreffend) _____

Bei Heirat bitte eine Kopie der Heiratsurkunde beifügen

Adressänderung

Adressänderung der: Privatwohnung Arztpraxis

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

Korrespondenzadresse bei einer Drittperson

Hiermit ist jegliche Korrespondenz, welche die berufliche Vorsorge der AROMED-Stiftung betrifft, an folgende Adresse zu adressieren:

Empfänger _____ Zusatz _____

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

Unterschrift

Die unterzeichnende Person bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift(en) des Arbeitgebers/unabhängigen Arztes

