

Agrisano Prevos  
Laurstrasse 10  
5201 Brugg

**Säule 2b – Freiwillige beruflich Vorsorge**  
**Kollektivverträge Nrn. U0253/U0681**

**Versichertennummer** \_\_\_\_\_

## **Erwerbsstatus – Mitteilung / Änderung**

### **Angaben zur versicherten Person**

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| Name                    | _____      |
| Vorname                 | _____      |
| Adresse                 | _____      |
| PLZ, Ort                | _____      |
| AHV-Nummer (13-stellig) | 756. _____ |

### **Angaben zum Erwerbsstatus**

|                                                                                       |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Selbständig</b>                                           | seit: _____ (TT.MM.JJJJ) |
| <input type="checkbox"/> <b>Mitarbeitendes Familienmitglied</b> (gemäss Art. 1j BVV2) | seit: _____ (TT.MM.JJJJ) |

### **Bestätigung und Meldepflicht**

Die unterzeichnende Person bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind und den aktuellen Erwerbsstatus wiedergeben.

Änderungen des Erwerbsstatus sind Agrisano Prevos unverzüglich und unaufgefordert schriftlich mitzuteilen. Die Verantwortung für die rechtzeitige und vollständige Meldung von Änderungen liegt bei der unterzeichnenden Person.

Werden Änderungen des Erwerbsstatus nicht, nicht rechtzeitig oder nicht vollständig gemeldet, trägt die unterzeichnende Person allfällig daraus entstehende Folgen. Agrisano Prevos haftet nicht für Nachteile, die aufgrund einer unterlassenen, verspäteten oder unvollständigen Meldung des Erwerbsstatus entstehen.

Mit der nachstehenden Unterschrift bestätigt die unterzeichnende Person die Richtigkeit der gemachten Angaben und nimmt die vorstehende Meldepflicht zur Kenntnis.

|               |                                      |
|---------------|--------------------------------------|
| Ort und Datum | Unterschrift der versicherten Person |
| _____         | _____                                |

### **Formular mailen oder einsenden an:**

prevos@agrisano.ch / Agrisano Prevos, Laurstrasse 10, 5201 Brugg