

## FORMULAR FÜR DIE MELDUNG EINER ÄNDERUNG

### Versicherte(r)

Name / Vorname : \_\_\_\_\_

AHV-Nr. : \_\_\_\_\_

Zivilstand : \_\_\_\_\_

**Wir bitten Sie, uns dieses Formular so schnell wie möglich ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden. Nach Erhalt dieses Formulars zusammen mit den unerlässlichen Dokumenten werden wir die verlangte Änderung vornehmen (zutreffendes ankreuzen):**

**Neue Wohnadresse**

Strasse : \_\_\_\_\_

PLZ / Ortschaft / Land : \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. : \_\_\_\_\_

**Versandadresse falls an Drittperson (Vertreter, Beistand,...) \***

Name / Vorname : \_\_\_\_\_

Strasse : \_\_\_\_\_

PLZ / Ortschaft / Land : \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. : \_\_\_\_\_

**Änderung der Zahlungsadresse**

**Bank / Postadresse :** \_\_\_\_\_  
(Überweisung im Ausland: SWIFT / BIC)

**Kontoinhaber :** \_\_\_\_\_

**Konto-IBAN Nr. für die Überweisung :** \_\_\_\_\_  
(detaillierte Bankverbindung beilegen)

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

**Unterschrift des Vertreters \*:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift der/des Versicherten\*\* :** \_\_\_\_\_

**\*\* Falls der/die Versicherte nicht in der Lage ist zu unterschreiben, siehe beiliegende wichtige Mitteilung**

### Beizulegende Dokumente:

- Kopie eines unterschriebenen Identitätsausweises der /des Versicherten
- Kopie eines unterschriebenen Identitätsausweises des Vertreters
- \*Eventuelle vom Versicherten und seinem Vertreter unterschriebene Vollmacht
- \*Eventuelle Ernennungsurkunde des Beistands

**NOTE IMPORTANTE / WICHTIGE MITTEILUNG**

Lorsqu'une tierce personne demande l'acheminement de la correspondance d'un(e) assuré(e) à son adresse et que l'assuré (e) n'est plus en mesure de signer et d'approuver la modification, nous avons impérativement besoin des documents suivants :

- éventuel acte de nomination de curatelle accompagné de la pièce d'identité avec signature ;
- à défaut, une attestation médicale signée certifiant l'incapacité mentale et/ou physique de signer un document officiel ;
- une copie du livret de famille de l'assuré (e) ; (y compris la page des enfants)
- si un des enfants de l'assuré(e) s'occupe de ses questions administratives en particulier, ses autres enfants devront nous faire parvenir une confirmation écrite, certifiant avoir pris connaissance de la situation et de nous signifier leur approbation, accompagnée d'une copie de leur pièce d'identité.

L'importance et la confidentialité des documents envoyées par notre institution, nous oblige à prendre des mesures afin d'éviter la divulgation d'informations concernant l'assuré(e) à des personnes non autorisées.

---

Wenn eine Drittperson die Zustellung der Korrespondenz eines/einer Versicherten an seine Adresse verlangt und der/die Versicherte selbst nicht mehr in der Lage ist, eine solche Änderung zu genehmigen und zu unterschreiben, benötigen wir zwingend folgende Dokumente:

- Eventueller Ernennungsakt als Beistand, zusammen mit einer Kopie eines unterschriebenen Identitätsausweises
- Bei Fehlen, eine unterschriebene medizinische Bestätigung, welche die physische und/oder psychische Unfähigkeit ein offizielles Dokument zu unterschreiben, bestätigt.
- Eine Kopie des Familienbüchleins (inkl. die Seite über die Geburt der Kinder) des/der Versicherten
- Wenn eines der Kinder der/des Versicherten sich um die administrativen Angelegenheiten kümmert, müssen uns die anderen Kinder ein schriftliches Dokument zukommen lassen, welches bestätigt, dass sie über die Situation informiert sind und dass sie damit einverstanden sind, zusammen mit einer Kopie eines unterschriebenen Identitätsausweises.

Die Bedeutung sowie die Vertraulichkeit der durch unsere Institution versandten Dokumente zwingen uns Massnahmen zu ergreifen, um die Verbreitung von Informationen an nicht berechnigte Personen zu verhindern.