

## Mutationsmeldung

### Arbeitgeber

Firmenname: \_\_\_\_\_ Vertrag Nr.: \_\_\_\_\_

### Versicherte Person

Name: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnr.: 756. \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Mutation / Änderung

Adressänderung: Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Änderung des Zivilstands: Neuer Zivilstand: \_\_\_\_\_

Änderungsdatum: \_\_\_\_\_

Neuer Familienname: \_\_\_\_\_

Änderung des Lohns: Änderungsdatum: \_\_\_\_\_

Neuer AHV-Jahreslohn: CHF \_\_\_\_\_

Neuer Beschäftigungsgrad in %: \_\_\_\_\_

Provisorischer Austritt: Aussetzung des Lohns, ab dem: \_\_\_\_\_

Wiederaufnahme des Arbeitsverhältnisses: Neuer Beschäftigungszeitraum, ab dem: \_\_\_\_\_

Neuer AHV-Jahreslohn: CHF \_\_\_\_\_

Neuer Beschäftigungsgrad in %: \_\_\_\_\_

Erwerbsunfähigkeit oder Todesfall: Bitte das entsprechende Formular ausfüllen:

«Erwerbssunfähigkeitsmeldung» oder «Todesanzeige»

### Anmerkungen

---

---

---

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: