

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: