

## Mutationsmeldung

### Unternehmung

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

### Versicherte (r)

Name: \_\_\_\_\_

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

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

### Mutation

**Neue Adresse des Versicherten**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zivilstandsänderung:**

Zivilstand neu: \_\_\_\_\_ Seit: \_\_\_\_\_

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

**Lohnänderung**

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

Ab: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad in %: \_\_\_\_\_

**Provisorischer Austritt**

Einstellung Lohnzahlung seit: \_\_\_\_\_

**Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit**

Wieder erwerbstätig seit: \_\_\_\_\_

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

Neues Beschäftigungsgrad: in %: \_\_\_\_\_

**Erwerbsunfähigkeit oder Tod**

Seit: \_\_\_\_\_

**Andere Mutation:** \_\_\_\_\_

Seit: \_\_\_\_\_

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers :