

Mutationsmeldung *(vom Arbeitgeber auszufüllen)*

Bitte in Blockschrift ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe. Besten Dank für Ihre Bemühungen.

1. Firma

Kategorie:

Vertrags-Nr.:

.....

2. Personalangaben

Name: Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum: AHV-Nr.:

Geschlecht: männlich weiblich

3. Adressänderung

Strasse:

PLZ, Ort:

4. AHV-Jahreslohnänderung CHF

Neuer AHV-Jahreslohn: gültig ab:

Arbeitspensum: gültig ab:

5. Kategorieänderung

Neue Kategorie: gültig ab:

6. Zivilstandsänderung

Neuer Zivilstand: verheiratet geschieden verwitwet Konkubinat

in eingetragener Partnerschaft in aufgelöster Partnerschaft

gültig ab:

Neuer Name:

7. Der Arbeitgeber bestätigt, dass die zu versichernde Person zurzeit sowie per Mutationsdatum voll arbeitsfähig ist bzw. war:

ja nein; nähere Angaben:

(Bitte Kopien der Taggeldabrechnungen beilegen)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Firma

08/2013