

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

Familienname: Vorname:
Strasse:
PLZ, Ort:
Geburtsdatum: AHV-Nr.:
Geschlecht: männlich weiblich

3. Adressänderung

Strasse:
PLZ, Ort:

4. AHV-Jahreslohnänderung CHF

Neuer AHV-Jahreslohn: 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