

## Mutationsmeldung Arbeitnehmer (vom Arbeitgeber auszufüllen – bitte in Blockschrift ausfüllen)

Firma: ..... Vertrags-Nr.: .....

### Personalien der versicherten Person:

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

### Adressänderung (Domizil- oder Korrespondenzadresse):

Domiziladresse gültig ab: ..... Korrespondenzadresse gültig ab: .....

Strasse: ..... Strasse: .....

PLZ/Ort: ..... PLZ/Ort: .....

### Zivilstandsänderung:

Neuer Zivilstand:  verheiratet\*  in eingetragener Partnerschaft\*  geschieden\*  verwitwet\*

\*Datum der Heirat / eingetragenen Partnerschaft / Scheidung / Verwitwung: .....

Neuer Name: .....

### Kategoriewechsel:

Neue Kategorie: ..... gültig ab: .....

**Der Arbeitgeber bestätigt, dass die versicherte Person zurzeit sowie per Mutationsdatum voll arbeitsfähig ist bzw. war:**

ja

nein Falls nein, Grad der Arbeitsunfähigkeit: .....% arbeitsunfähig seit: .....

### Lohnänderung (in CHF):

Neuer AHV-Jahreslohn: ..... gültig ab: .....

Neuer Beschäftigungsgrad: .....% gültig ab: .....

**Der Arbeitgeber bestätigt, dass die versicherte Person zurzeit sowie per Mutationsdatum voll arbeitsfähig ist bzw. war:**

ja

nein Falls nein, Grad der Arbeitsunfähigkeit: .....% arbeitsunfähig seit: .....

### Bemerkung:

.....  
.....

### Unterschrift:

Mit der Unterschrift bestätigt der Arbeitgeber die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel, Unterschrift Arbeitgeber