

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