

Meldung von Mutationen

Arbeitgeber		Vertrags-Nr.	
--------------------	--	---------------------	--

Versicherte Person

☐ Herr	☐ Frau
Name	Vorname
Vers.-Nr.	

Änderung

Name neu	Vers.-Nr. neu
Zivilstand neu	Gültig ab

Lohn

Jahreslohn neu	Gültig ab
----------------	-----------

Teilzeitbeschäftigung

Beschäftigungsgrad neu	Gültig ab
------------------------	-----------

Kategorie / Personenkreis

Kategorie/Pers.-Kreis neu	Gültig ab
---------------------------	-----------

Unbezahlter Urlaub

Beginn	Ende
--------	------

Bemerkungen

--

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift Arbeitgeber