

# Meldung von MUTATIONEN



**Versicherte Person:** Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber-Nr.: \_\_\_\_\_  
Vorname / Name: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Die zu mutierende Person ist zu 100% arbeitsfähig.  Die zu mutierende Person ist zu ..... arbeitsfähig.

Gehalt / Arbeitspensum bisher:	neu gültig ab:
Arbeitspensum in %: _____	Arbeitspensum in %: _____
AHV-pfl. Lohn pro Monat: _____	AHV-pfl. Lohn pro Monat: _____
Wird ein 13. Monatslohn bezahlt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wird ein 13. Monatslohn bezahlt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
AHV-pfl. Lohn pro Jahr (inklusive allfälligen 13. Monatslohn) angeben! _____	AHV-pfl. Lohn pro Jahr (inklusive allfälligen 13. Monatslohn) angeben! _____

**Unbezahlter Urlaub:**  
Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ (Beginn ist immer der 1. eines Monats / Ende immer der letzte eines Monats)

<b>Zivilstand bisher:</b> _____	<b>Angaben zum Partner:</b>
Änderung Datum: _____	Vorname/Name: _____
<b>Zivilstand neu:</b> _____	Geburtsdatum: _____ <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
Name bisher: _____	neue AHV-Nr.: _____
Name neu: _____	

Notiz / Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Stempel,  
Unterschrift  
der Firma: \_\_\_\_\_