

## Mutationsmeldung

Arbeitgeber	Firma	Vertrags-Nr.
Versicherte Person	Name	Vorname
	Strasse / Nummer	PLZ / Ort
	Geburtsdatum	Nationalität
	Telefon	E-Mail
	FL PEID-Nr.	
	Zivilstand	seit (Tag.Monat.Jahr) Geschlecht (m/w)

Adressänderung

Gültig ab: \_\_\_\_\_  
Neue Adresse: \_\_\_\_\_

Änderung Name / Zivilstand

Gültig ab: \_\_\_\_\_ Neuer Zivilstand: \_\_\_\_\_  
Neuer Name: \_\_\_\_\_

Lohnänderung / Änderung Beschäftigungsgrad

Gültig ab: \_\_\_\_\_  
Neuer Beschäftigungsgrad: \_\_\_\_\_  
Neues Jahresgehalt: CHF \_\_\_\_\_ (bitte den hochgerechneten Jahreslohn angeben)

Änderung Personengruppe

Gültig ab: \_\_\_\_\_  
Neue Personengruppe: \_\_\_\_\_  
(Eine neue Gesundheitserklärung ist vom Mitarbeiter ausgefüllt und unterzeichnet einzureichen)

Unbezahlter Urlaub

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Militär- / Zivildienst

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Unterschrift

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/-in \_\_\_\_\_