

Mutationsmeldung

Arbeitgeber	Firma	Vertrags-Nr.
Versicherte Person	Name	Vorname
	Geburtsdatum	FL PEID-Nr.
	Strasse / Nummer	PLZ / Ort
	Mobile / Telefon	E-Mail
	Nationalität	
	Zivilstand	seit (TT/MM/JJ) 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

(Neues Gehalt hochgerechnet auf das ganze Jahr)

☐ 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