

## Mutationsmeldung

### Arbeitgeber

Name der Firma \_\_\_\_\_ Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

### Personalien

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

FL PEID-Nr. \_\_\_\_\_ Geschlecht (m/w) \_\_\_\_\_

Zivilstand / seit (Tag.Monat.Jahr) \_\_\_\_\_

### Adressänderung

Gültig ab \_\_\_\_\_

Neue Adresse \_\_\_\_\_

### Zivilstandsänderung

Gültig ab \_\_\_\_\_

Neuer Zivilstand \_\_\_\_\_

Neuer Name \_\_\_\_\_

### Änderung Lohn / Beschäftigungsgrad

Gültig ab \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ Jahreslohn in CHF \_\_\_\_\_

### Änderung Personengruppe

Gültig ab \_\_\_\_\_

Neue Personengruppe \_\_\_\_\_

- Eine neue Gesundheitserklärung ist vom Mitarbeiter ausgefüllt und unterzeichnet einzureichen

### Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_