

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/Personenkreis neu Gültig ab

Arbeitsunterbruch Krankheit Unfall andere

Beginn Ende

Bemerkungen

Ort, Datum Unterschrift Arbeitgeber