



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

Bemerkungen

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber