

Mutationsformular Aktivversicherte

(Dieses Formular ist durch den Arbeitgeber auszufüllen)

Angaben Unternehmen

Unternehmen	Versicherungsnummer
.....	

Angaben Versicherter

Name	Vorname
.....	
Strasse/Nr./Zusatz	PLZ/Ort (Land)
.....	
Geburtsdatum	Sozialversicherungsnummer
.....	

Lohn-/ Beschäftigungs- gradänderung Basis- plan

Neuer massgebender Jahreslohn in CHF	ab
.....	
Beschäftigungsgrad in %	Volle Arbeitsfähigkeit?
.....	☐ ja ☐ nein

Bonusplan

Neuer Jahreslohn Risiko in CHF	ab
.....	

Schichtzulage

Neuer Jahreslohn Schichtzulage in CHF	ab
.....	

Zivilstandsänderung

Zivilstand neu	per	Name neu
.....		

Adressänderung

☐ Neue Adresse siehe oben

Unbezahlter Urlaub

von:	bis:
☐ keine Beiträge	☐ AN ☐ AG
☐ nur Risikobeiträge	

Bemerkungen

.....

.....

Unterschrift

Ort, Datum	Unterschrift/Stempel Arbeitgeber
.....	

Ausführungen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter "Datenschutz-
erklärung"