



Arbeitgeber: _____ Anschluss-Nr.: _____
Versicherte Person: _____ Vers.-Nr.: _____

Mutationsmeldung versicherte Person

(Dieses Formular bitte elektronisch oder gut leserlich in Blockschrift ausfüllen und unterzeichnen)

Angaben zur Person

Soz.-Vers.-Nr.: _____ Sprache: D F I
Name: _____ Vorname: _____
Geschlecht: M F Geburtsdatum: _____
Zivilstand: ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft
 verwitwet geschieden aufgelöste Partnerschaft
Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: _____
Strasse, Nr.: _____
PLZ: _____ Wohnort: _____

Änderung des Lohns

Jahreslohn (in CHF): _____ Gültig ab: _____
Jahreslohn (in CHF): _____ Gültig ab: _____
Jahreslohn (in CHF): _____ Gültig ab: _____

Ist der Arbeitnehmer weniger als ein Jahr lang bei einem Arbeitgeber beschäftigt, so gilt als Jahreslohn der Lohn, den er bei ganzjähriger Beschäftigung erzielen würde.

Änderung anderer Vorsorgedaten

Änderung des IV-Grads neuer IV-Grad: _____ %
(bitte Kopie der aktuellen IV-Verfügung beilegen) gültig ab: _____

Ort Datum Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ort Datum Unterschrift der versicherten Person