



Mutationsmeldung

1. Arbeitgeber

Kontaktperson für Rückfragen: _____

Telefon-Nr. und E-Mailadresse: _____

2. Versicherte Person

Anrede: Herr Frau AHV-Nr: _____

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____ E-Mailadresse: _____

Tel.-Nr. Geschäft: _____ Tel.-Nr. Privat: _____

3. Lohnmutation

Lohnänderung ab: _____

AHV-pflichtiger Jahreslohn: _____

Arbeitspensum in Prozent: _____

4. Zivilstandsänderung

Neuer Zivilstand: verheiratet geschieden verwitwet
 eingetragene Partnerschaft Konkubinat

Zivilstandsänderung ab: _____

Neuer Name: _____

5. Adressänderung

Adressänderung ab: _____

Neue Adresse: _____

Ort und Datum: _____

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber: _____