



## 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  Konkubinats

Zivilstandsänderung ab: \_\_\_\_\_

Neuer Name: \_\_\_\_\_

### 5. Adressänderung

Adressänderung ab: \_\_\_\_\_

Neue Adresse: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber: \_\_\_\_\_