

Formular für Arbeitgeber  
**Mutationsmeldung**

**Arbeitgeber**

Firma: _____	Vertrags-Nr.: _____
Kontaktperson: _____	Telefon: _____
E-Mail: _____	

**Versicherte Person**

Name: _____	Vorname: _____
Personal-Nr.: _____	Sozialversicherungs-Nr.: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____

**Gewünschte Mutationen**

**Neu-Eintritt**

Geschlecht: _____	Geburtsdatum: _____
Zivilstand:	
<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> Aufgel. Partnerschaft	
Datum Heirat/Eintrag Partnerschaft: _____	Sprache: _____
Eintritt Firma: _____	Eintritt Vorsorge: _____
Strasse Nr.: _____	
PLZ: _____	Ort: _____
Jahreslohn in CHF: _____	Beschäftigungsgrad in %: _____

**Ehepartner/eingetragener Partner:**

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	

**Änderung Lohndaten/Beschäftigungsgrad (Vorsorgereglement Art. 5, 10, 11, 12)**

Jahreslohn neu in CHF: _____	Beschäftigungsgrad neu in %: _____
Gültig ab (Datum): _____	

**Zivilstandsänderung**

Zivilstand neu:

Ledig  Verheiratet  Verwitwet  Geschieden  Eingetragene Partnerschaft  Aufgel. Partnerschaft

Gültig per (Datum): \_\_\_\_\_

**Ehepartner/eingetragener Partner:**

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Sozialversicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

**Adressänderung (Neue Adresse)**

Strasse Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Gültig per (Datum): \_\_\_\_\_

**Unbezahlter Urlaub (Vorsorgereglement Art. 8)**

Beginn (Datum): \_\_\_\_\_

Ende (Datum): \_\_\_\_\_

Beiträge:

Risiko- und Sparbeiträge

Nur Risikobeiträge

Kostenverteilung Beiträge:

Arbeitgeber

Arbeitnehmer

Paritätisch

**Austritt aus der Firma**

Austrittsdatum: \_\_\_\_\_

Voll arbeitsfähig?  Ja  Nein

**Pensionierung/Sozialplanleistungen**

Pensionierungsdatum: \_\_\_\_\_

Sozialplanleistungen:  Ja  Nein

→ Sozialplan-Variante gemäss Bestimmungen (Bitte schriftliche Bestätigung beilegen)

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Firma (Stempel und Unterschrift)