

# Mutationsmeldung

Vertrag Nr. <input type="text"/>	Firma, PLZ, Ort <input type="text"/>
Kategorie (falls mehrere Kategorien vorhanden sind) <input type="text"/>	
Police Nr. <input type="text"/>	

**Personalien der versicherten Person**

Name <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>	
Strasse, Nr. <input type="text"/>	PLZ, Ort <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	AHV-Nr. <input type="text"/>	Nationalität <input type="text"/>

Wir melden die folgende Mutation:

<input type="checkbox"/> Neues Gehalt	ab	<input type="text"/>	CHF	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Beschäftigungsgrad	ab	<input type="text"/>	Grad neu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Planwechsel	per	<input type="text"/>	Plan neu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kategorienwechsel	per	<input type="text"/>	Kategorie neu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Neue Adresse	ab	<input type="text"/>		

Die neue Adresse lautet:

Strasse, Nr. <input type="text"/>	PLZ, Ort <input type="text"/>
--------------------------------------	----------------------------------

Zivilstandsänderung

<input type="checkbox"/>	Zivilstand neu <input type="text"/>	Bei Heirat: Datum der Eheschliessung <input type="text"/>
--------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Namensänderung infolge Heirat/Scheidung

<input type="checkbox"/>	Der neue Name lautet <input type="text"/>
--------------------------	----------------------------------------------

Die neue AHV-Nr. lautet

Andere Mutationen

Ort, Datum <input type="text"/>	Stempel, Unterschrift der Firma <input type="text"/>
------------------------------------	---------------------------------------------------------

Mit ihrer Unterschrift bestätigt die Firma, dass die versicherte Person vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig ist.