



## Mutationsmeldung

### Betrieb

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

SVN \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

### Änderung des Zivilstandes

Neuer Zivilstand \_\_\_\_\_

Gültig ab \_\_\_\_\_

Amtlicher Name nach Zivilstandsänderung \_\_\_\_\_

Name / Vorname / Geburtsdatum des  
Ehegatten resp. eingetragenen Partners \_\_\_\_\_

### Änderung der Wohnadresse

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

Gültig ab \_\_\_\_\_

### Änderung der Anstellungsverhältnisse

Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ %

Gültig ab \_\_\_\_\_

AHV-beitragspflichtiges Jahresgehalt (inkl. 13. ML) CHF \_\_\_\_\_

### Unbezahlter Urlaub

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Austritt

Grund \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Neuer Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Austritt  Altersrücktritt  Tod

Austrittsformular dem Versicherten abgegeben?  Ja  Nein

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

BPK  
CPB