



Meldung von Änderungen

Vertrag Nr.

ArbeitgeberIn

Name und Ort

Versicherte Person

Name

Vorname

AHV-Nr. (elfstellig)

Änderung Name / AHV-Nr.

Name neu

AHV-Nr. neu

Zivilstand

Zivilstand neu

verheiratet

geschieden

verwitwet

Gültig ab

Lohn

Jahreslohn neu

Gültig ab

Teilzeitbeschäftigung

Beschäftigungsgrad neu

Gültig ab

Kategorie / Personenkreis

Kategorie / Personenkreis neu

Gültig ab

Unterstützungspflicht

Unterstützungspflicht neu

mit Unterstützungspflicht

Wegfall Unterstützungspflicht

Gültig ab

Sonstiges

Ort / Datum

Unterschrift ArbeitgeberIn
