

«Personalmutation» - Meldungsformular



Arbeitgeber

Firma	
PLZ, Ort	

Angaben zur Arbeitnehmer/in

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Versichertennummer (AHV) _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Zivilstand _____

Quellensteuerpflicht JA NEIN

Ein/Austritt

Eintritt Austritt per Datum _____

Beschäftigungsgrad _____ %

Ist die Person voll arbeitsfähig?
bestehen Leistungsansprüche? JA NEIN
 JA NEIN

AHV Jahreslohn (inkl. 13.) CHF _____

Frühere/neue Pensionskasse _____

PLZ/Ort _____

Adressänderung Arbeitnehmer

Änderung per Datum _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____