

Mutationsmeldung

*Vertrag Nr.: _____

Personenkategorie (P-Kat) /Organisations-
einheit (OE) (falls mehrere vorhanden sind): _____

*Police Nr.: _____

*Firma: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

1 Personalien der versicherten Person

*Name: _____ *Vorname: _____

*Geburtsdatum: _____

2 Wir melden die folgende Mutation:

Neues Jahresgehalt, per Datum _____ CHF

Lohnanpassungen sind nur für vorausliegende Perioden möglich. Rückwirkende Lohnänderungen können nicht akzeptiert werden. Individuelle Vereinbarungen bleiben vorbehalten.

Änderung des Beschäftigungsgrades, per Datum _____ Grad neu

Personenkategorienwechsel (P-Kat), per Datum _____ P-Kat neu

Wechsel Organisationseinheit (OE), per Datum _____ OE neu

Wechsel Vorsorgeplan, per 01.01 des Folgejahres _____ Neuer Vorsorgeplan

Neue Adresse, per Datum _____

Die neue Adresse lautet:

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Zivilstandsänderung, per Datum _____ Zivilstand neu: _____

Namensänderung infolge Heirat/Scheidung

Der neue Name lautet: _____

Andere Mutationen: _____

Ort, Datum _____ Stempel, Unterschrift der Firma _____

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

Bitte senden Sie dieses Formular an:
 Helvetia Versicherungen, Postfach 99, 8010 Zürich
 Ihre wichtigste Internetsite: www.helvetia.ch/arbeitgeber