

# COPRE

## MUTATIONSMELDUNG

Angeschlossenen Unternehmen: ..... Vertrags-Nr.: .....

### Persönliche Daten des/der Versicherten

Name und Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

AHV-Nr.: ..... Geschlecht:  M  F

### Betreffend die versicherte Person wird folgende Mutation gemeldet:

Lohn / Beschäftigungsgrad

Neuer jährlicher AHV-Lohn ab: ..... CHF: .....

Beschäftigungsgrad: .....%

Anmerkung: Eine ärztliche Untersuchung ist notwendig, wenn der/die Versicherte erstmals die Lohngrenze von CHF 300 000.-- überschreitet, und danach bei jeder Lohnerhöhung um über 20%. (Wir übermitteln dem/der Versicherten den Gesundheitsfragebogen.)

Planänderung / Kategorieänderung

Datum der Änderung: .....

Neuer Plan / Kategorie: .....

Änderung des Zivilstands

Zivilstand, seit dem : .....  ledig  verheiratet  geschieden

in eingetragener Partnerschaft  Partnerschaft aufgelöst  verwitwet

Unterstützungspflicht

Mit unterstützungspflicht, seit dem: .....

Ohne unterstützungspflicht, seit dem: .....

Neue Adresse:

.....  
.....  
.....

Sonstige Mutation:

.....

Ort und Datum: ..... Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers: .....