

Beschäftigungsgrad- und Lohnänderung

Arbeitgeber

Arbeitgeber*

Arbeitgeber Nr.*

Versicherten Nr.

E-Mail Kontaktperson*

Ihre persönlichen Daten

Anrede* Herr Frau

Vorname*

Name*

Beschäftigungsgrad in %*

effektiver Jahresbruttolohn (bei entsprechendem
Beschäftigungsgrad)*

gültig ab (1. des
Monats)*

bisheriger versicherter Lohn
beibehalten

Ja (Art. 4 Abs. 5 des Reglements) Nein

Bemerkungen

senden →

