

FORMULAR FÜR ARBEITGEBER

Mutationsmeldung

Formular senden an: BVK, Obstgartenstrasse 21, Postfach, 8090 Zürich

Angaben zum
Arbeitgeber

Arbeitgeber:

Vertrags-Nr.:

Kontaktperson:
(Vorname, Name)

Telefon-Nr.:

E-Mail:

Angaben zur
versicherten
Person

Name:

Vorname:

Sozialversicherungs-Nr.:
756.

Geburtsdatum:

Private Telefonnummer:

Private E-Mailadresse:

Gewünschte
Mutation☐**A) Veränderung anrechenbarer Jahreslohn**

(Bitte nur Lohnmutationen während des Kalenderjahres melden.)

Gültig ab:

Beschäftigungsgrad neu
in %:Anrechenbarer Jahreslohn
neu in CHF:☐**B) Unbezahlter Urlaub**(Bitte nur melden, wenn die Dauer mehr als 14 Tage beträgt. Eine allfällige Weiterführung der
Versicherung in der Hauptvorsorge bzw. allfällige Weiterführung des Sparprozesses in der
Zusatzvorsorge während des unbezahlten Urlaubs muss separat beantragt werden.)

Von:

Bis:

☐**C) Zivilstandesänderung**

Neuer Zivilstand:

Änderungsdatum:

Neuer Name:

Dropdown-List

Angaben Partner/-in

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungs-Nr.:
756.☐**D) Änderung Name/Geburtsdatum aus anderen Gründen**

(Bitte einen amtlichen Nachweis über die Änderung beilegen.)

Gültig ab:

Neuer Name:

Neues Geburtsdatum:

☐**E) Adressänderung**

Gültig ab:

Strasse/Nr. neu:

Adresszusatz neu:

PLZ neu:

Wohnort neu:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber: