

# 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 →

