**Mutationsbeleg PKS**

1. Vorsorgeplan

Leistungsprimat Beitragsprimat Plan A Beitragsprimat Plan B

 Monatslohn Stundenlohn

[ ]  [ ]  [ ]

2. Veränderung

**[ ]  Übertritt** gültig ab       [ ]  zum Beitragsprimat Monatslohn (Plan A)

 [ ]  zum Beitragsprimat Stundenlohn (Plan B)

**[ ]  Unbezahlter Urlaub** gültig ab       gültig bis

**[ ]  Lohnreduktion** gültig ab

**Jahreslohn NEU** CHF

**[ ]  Weiterführung des bisher versicherten Lohnes** gültig ab

[ ]  Lohn NEU CHF

[ ]  Beschäftigungsgrad NEU      %

[ ]  Beiträge zu Lasten AG

[ ]  Beiträge zu Lasten AN

Effektiv versicherter Lohn CHF

Freiwillig versicherter Lohn CHF

3. Angaben zur versicherten Person

Familienname Familienname als ledig Vorname

Personalnummer SV-Nummer Kostenstelle

4. Bemerkungen

**Ich bestätige hiermit die Weiterführung des bisher versicherten Lohnes.**

**Datum Unterschrift der versicherten Person**

**……..................... ………………………………………………**

**Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:**

Datum:

SachbearbeiterIn:

Telefonnummer: