

FORMULAR FÜR ARBEITGEBER

Meldung Veränderung von versicherten Löhnen

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

Angaben zum Arbeitgeber

Arbeitgeber: _____
 Kontaktperson: (Vorname, Name) _____

Vertrags-Nr.: _____
 Telefon-Nr.: _____
 E-Mail: _____

Gültigkeit Lohnänderungen per: _____

Sozialversicherungs-Nr.	Name/Vorname (Namen alphabetisch auflisten)	Beschäftigungsgrad (%)	Anrechenbarer Jahreslohn (CHF)
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			
756.			

Ort/Datum: _____

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber: _____

Kontakt
 Telefon 058 470 44 44 (Kundenservice)
 Telefon 058 470 45 45 (Kundenservice Kanton und Bildungsinstitutionen)