

Rückwirkende Änderung

<input type="checkbox"/> Eintritt in die sgpk am _____	AHV-pflichtiger Lohn CHF _____
<input type="checkbox"/> Lohnänderung ab _____	AHV-pflichtiger Lohn CHF _____
<input type="checkbox"/> Austritt aus der sgpk am _____	
<input type="checkbox"/> Änderung infolge Todesfalls _____	gestorben am _____

Angaben zur Arbeitgeberin oder zum Arbeitgeber

Name _____
Adresse _____
PLZ, Ort _____

Personendaten der aktiv versicherten oder rentenbeziehenden Person

Name _____	Vorname _____
Adresse _____	
PLZ, Ort _____	
Geburtsdatum _____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Personalnummer _____	
AHV-Nummer _____	

Grund der Änderung

Ort / Datum

Kontaktperson / Unterschrift