|  |  |
| --- | --- |
| Hier die Adresse der Arbeitgeberin/des Arbeigebers eintragen; mit der Tabulatortaste gelangen Sie direkt zum nächsten Eingabefeld. |  |

Ort, 31. Mai 2024

**Erklärung zur Versicherung bei der sgpk**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Adresse | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| PLZ, Ort | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Sozialversicherungsnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |
| Personalnummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | |

Mit Unterzeichnung dieser Erklärung zur Versicherung bei der sgpk bestätige ich, dass

|  |
| --- |
| ich von keiner anderen der sgpk angeschlossenen Arbeitgebenden (siehe Anhang 1 sgpk-Vorsorgereglement) eine AHV-pflichtige Entschädigung erhalte. |
| ich bereits bei der sgpk versichert bin (bei der sgpk angeschlossene Arbeitgebende siehe Anhang 1 sgpk-Vorsorgereglement).  ich weitere der sgpk angeschlossene Arbeitgebende habe und die AHV-pflichtige Entschädigung bei der sgpk versichere, falls dies reglementarisch zulässig ist (minimale jährliche AHV-pflichtige Entschädigung aller bei der sgpk angeschlossenen Arbeitgebenden zusammen: CHF 15'120) |
|  |

Bitte listen Sie nachfolgend die anderen Arbeitgebenden auf. Wenn Sie es vorziehen, können Sie die anderen Arbeitgebenden auch der sgpk direkt bekanntgeben.

|  |
| --- |
| 1 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| 3 Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ich für eine unselbständige Erwerbstätigkeit bei einer anderen Vorsorgeeinrichtung bereits obligatorisch versichert bin oder hauptberuflich eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübe. Daher erkläre ich den Verzicht auf die Versicherung der AHV-pflichtigen Entschädigung der Arbeitgebenden.  Künftige Änderungen der beruflichen Verhältnisse werde ich umgehend der Arbeitgebenden mitteilen.   |  |  | | --- | --- | | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  | | Ort, Datum | Unterschrift | |