



Einsenden an:

Pensionskasse Milchwirtschaft  
c/o AHV-Kasse Milchwirtschaft  
Wytenbachstrasse 24  
Postfach  
3000 Bern 22

## Lohnänderung BVG-Vorsorge

zuhanden der Pensionskasse Milchwirtschaft

### Arbeitgeber

Name: \_\_\_\_\_ Mitglied-Nr.: \_\_\_\_\_

### Versicherte Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

### Lohnänderung

Lohnänderung gültig ab: \_\_\_\_\_

Vorsorgeplan (gemäss Vorsorgeausweis): \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad: \_\_\_\_\_

AHV-pflichtiger Lohn auf ein ganzes Jahr hochgerechnet inkl. Gratifikation und 13. Monatslohn: CHF \_\_\_\_\_

### Angaben zum Gesundheitszustand

Ist die versicherte Person zum gegenwärtigen Zeitpunkt und zum Zeitpunkt der Lohnänderung voll arbeitsfähig?  Ja  Nein

### Gesundheitsfragebogen

Folgende Personen haben im Falle einer Lohnerhöhung den separaten Gesundheitsfragebogen auszufüllen und diesen der Pensionskasse Milchwirtschaft zuzustellen:

- **Alle nicht voll arbeitsfähige zu versichernde Personen.**
- **Alle in den erweiterten BVG-Plänen oder BVG-Spezialplänen zu versichernde Personen.**
- **Alle zu versichernde Selbständigerwerbenden.**

Den Fragebogen finden Sie im Internet unter [www.ahvpkmilch.ch](http://www.ahvpkmilch.ch) oder kann bei uns angefordert werden.

### Unterschrift des Arbeitgebers

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_