



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 oder kann bei uns angefordert werden.

Unterschrift des Arbeitgebers

Ort, Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: _____