Bitte zurücksenden an:

[Adresse Arbeitgeber]

**Erklärung zur Versicherung bei der sgpk**

Name Vorname

Adresse

Personalnr. Sozialvers.Nr.

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

 ich von keiner anderen der sgpk angeschlossenen Arbeitgebenden (siehe Anhang 1 Vorsorgereglement) eine AHV-pflichtige Entschädigung erhalte.

 ich bereits bei der sgpk versichert bin (bei der sgpk angeschlossene Arbeitgebende siehe Anhang 1 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: Fr. 14'700).

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

1)

2)

3)

 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.

Ort / Datum Unterschrift

Weitere Informationen auf www.sgpk.ch