



Meldung Adressänderung

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen.

Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

1. Versicherte Person

Vorname	Name
Geburtsdatum	AHV-Nummer
Mitglied-Nr.	

2. Alte Adresse

Strasse, Nr.	PLZ	Ort
--------------	-----	-----

3. Neue Adresse

Strasse, Nr.	PLZ	Ort
--------------	-----	-----

gültig ab

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift



► Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an die Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.