

Anmeldung Berufliche Vorsorge

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.

Personenkreis

Angaben über die zu versichernde Person

Vorname

Geschlecht

männlich weiblich

Name

Zivilstand

ledig verheiratet

Strasse/Nr.

in eingetragener Partnerschaft

PLZ/Ort

geschieden verwitwet

Geburtsdatum

Heirats-/
Eintragungsdatum

AHV-Nr.

Korrespondenz-
sprache

deutsch französisch italienisch

Stellenantritt

Selbständigerwerbend

Ja Nein

Versicherungsbeginn

Beschäftigungsgrad %

Jahreslohn CHF

Ist die zu versichernde
Person voll arbeitsfähig?

Ja Nein

Arbeitsfähigkeit

Als nicht voll arbeitsfähig gilt eine Person, die bei Versicherungsbeginn:

- aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit fernbleiben muss,
- Taggelder infolge von Krankheit oder Unfall bezieht,
- aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entsprechend voll beschäftigt werden kann,
- im Sinne der Eidg. Invaliden-, der Unfall- oder der Militärversicherung invalid ist und/oder sie Leistungen von einer oder mehrerer dieser Institutionen bezieht (bitte Rentenbescheid beilegen).

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift
Arbeitgeber

Vorname/Name
in Blockschrift