

Anmeldung zur Personalvorsorge

Angaben zum Vertrag und zur versicherten Person

Name des Arbeitgebers oder der Stiftung <input type="text"/>		Vertrag Nr. <input type="text" value=" /"/>	AHV-Nr. der versicherten Person <input type="text"/>	
Name <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>		Geburtsdatum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Strasse, Nr. <input type="text"/>	PLZ, Ort <input type="text"/>		Tag <input type="text"/>	Monat <input type="text"/>
		Jahr <input type="text"/>		Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Zivilstand

ledig
 verheiratet
 geschieden
 verwitwet
 in eingetragener Partnerschaft
 aufgelöste Partnerschaft

Datum der Eheschliessung bzw. der Eintragung

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr

Sprache

D
 F
 I
 S
 E

Eintritt in die Firma bis zum 15. des Monats → Beitragsbeginn ist der Monaterste des Eintrittsmonats
 Eintritt in die Firma ab dem 16. des Monats → Beitragsbeginn ist der Monaterste des Folgemonats

Eintritt in die Firma

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr

Beitragsbeginn

<input type="text" value="01."/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tag	Monat	Jahr

massgebender AHV-Jahreslohn in CHF

<input type="text"/>
auf ein ganzes Jahr hochgerechnet

Angaben zur Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit

Ist die zu versichernde Person per Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig bzw. erwerbsfähig?

ja
 nein *

Bezieht die zu versichernde Person aufgrund der Arbeitsunfähigkeit Leistungen einer in- oder ausländischen Versicherung (wie z. B. gem. IVG, MVG, UVG, BVG) oder wurden Leistungen beantragt?

ja
 nein

Grad der verbleibenden Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit in %

* Bitte legen Sie dieser Anmeldung die Arztzeugnisse, die Entscheide und Verfügungen der entsprechenden Leistungsträger bei.

Zusätzliche Angaben (falls im Vorsorgeplan vorgesehen)

Handelt es sich bei der neu zu versichernden Person um einen selbstständig Erwerbenden im Sinne der AHV, der sich gemäss Vorsorgeplan der Vorsorgeeinrichtung seines Betriebes anschliesst?

ja
 nein

Ist die zu versichernde Person unterhaltspflichtig?

ja
 nein

Beschäftigungsgrad in %

Personalkategorie

Bestätigung des Arbeitgebers oder der Stiftung

Ort <input type="text"/>	Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers bzw. der Stiftung <input type="text"/>
	Tag Monat Jahr	