

Anmeldung (vom Arbeitgeber auszufüllen)

Bitte in Blockschrift ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe. Vielen Dank!

1. Firma

Kategorie

Vertrags-Nr.

.....

2. Personalien der zu versichernden Person

Name: Vorname:

Geburtsdatum: AHV-Nr.:

Geschlecht: männlich weiblich Funktion:

Zivilstand: ledig verheiratet in eingetragener Partnerschaft
 geschieden verwitwet

seit:

Strasse: PLZ / Ort:

Sprache: deutsch französisch englisch

E-Mail: Telefon:

3. Beginn der Vorsorge per:

4. Jahreslohn CHF: Arbeitspensum:

(Detaillierte Angaben zum Jahreslohn finden Sie im Vorsorgereglement bzw. Vorsorgeplan)

5. Der Arbeitgeber bestätigt, dass die zu versichernde Person zurzeit bzw. bei Beginn des Vorsorgeverhältnisses voll arbeitsfähig ist bzw. war:

ja nein, nähere Angaben:

(Bitte Kopien der Taggeldabrechnungen zustellen)

.....
Ort und Datum

.....
Stempel und Unterschrift der Firma

05/2021

Für den internen Gebrauch:

Selbständig erwerbend:..... Depot-Nr..... Satz B & St:.....

