

Anmeldung BVG-Vorsorge

Arbeitgeber:

Abrechnungs-Nr.:

Kontaktperson:

Telefon:

Mail:

1. Personalien der zu versichernden Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse, PLZ und Ort:

Mobile:

Mail:

Sprache (DE/FR/IT):

Geschlecht:

☐

weiblich

☐

männlich

Zivilstand:

Datum der Eheschliessung /
Eintragung der Partnerschaft:

SV-/AHV-Nr.:

2. Planwahl☐

BVG-Basisplan

☐

SE / Kader

3. a) Eintrittsdatum beim Arbeitgeber (Tag/Monat/Jahr)**b) Arbeitspensum in %****AHV-pflichtiger Lohn auf ein ganzes Jahr hochgerechnet inkl. Gratifikation und 13. Monatslohn:**

CHF

4. Vorheriger Arbeitgeber (Name und Adresse):

Vorherige Vorsorgeeinrichtung:

5. Ist die zu versichernde Person zum gegenwärtigen Zeitpunkt und bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig?

☐

Ja

☐

Nein

Als nicht voll arbeitsfähig gilt eine Person, die

- aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit fernbleiben muss,
- Taggelder infolge Krankheit oder Unfall bezieht,
- bei einer staatlichen Invalidenversicherung angemeldet ist,
- eine Rente wegen vollständiger oder teilweiser Invalidität bezieht oder
- aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entsprechend voll beschäftigt werden kann.

6. Ist die zu versichernde Person invalid im Sinne der IV?

☐

Ja

☐

Nein

7. Ergänzende Bemerkungen:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebenden: