

Eintrittsmeldung

Dieses Formular ist vom Arbeitgeber auszufüllen. Die reglementarischen Bestimmungen zur Aufnahme einer versicherten Person in die Stiftung finden Sie unter Ziffer 2.1. des Vorsorgereglements.

Arbeitgeber/in	Anschluss-Nr.
Strasse, Nr.	Kontaktperson
PLZ, Ort	E-Mail

Personalien

Name	Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort
Land	Geburtsdatum
AHV-Nr./SV-Nr.	E-Mail
Telefon	Sprache ☐ Deutsch ☐ Französisch
Geschlecht ☐ Mann ☐ Frau	☐ Italienisch ☐ Englisch
Zivilstand ☐ ledig ☐ verwitwet	Datum der Heirat/ Eintragung der Partnerschaft
☐ verheiratet ☐ geschieden	Datum der Scheidung/ Auflösung der Partnerschaft
☐ In eingetragener Partnerschaft	
☐ In aufgelöster Partnerschaft	

Eintrittsdatum	Beschäftigungsgrad (%)
Beruf. Tätigkeit/ Funktion	Vorsorgeplan
AHV-Jahreslohn	Bei mehreren Vorsorgeplänen Bezeichnung oder Nummer des Plans angeben, dem die Person zugeteilt werden soll
Bruttolohn für ein volles Kalenderjahr inkl. allfälligem 13. Monatslohn angeben	

Arbeitsfähigkeit

Ist die zu versichernde Person zum Zeitpunkt des Eintritts voll arbeitsfähig? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein: Grad der Arbeitsunfähigkeit? (%) _____ Seit wann? _____

Der Arbeitgeber bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Bemerkungen _____

Ort, Datum	Unterschrift Arbeitgeber
------------	--------------------------