

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. _____ E-Mail _____
 Telefon _____
 Sprache Deutsch Französisch
 Italienisch Englisch
 Geschlecht Mann Frau
 Zivilstand ledig verwitwet
 verheiratet geschieden
 In eingetragener Partnerschaft
 In aufgelöster Partnerschaft

Datum der Heirat/
 Eintragung der Partnerschaft _____
 Datum der Scheidung/
 Auflösung der Partnerschaft _____

Eintrittsdatum _____ Beschäftigungsgrad (%) _____
 Berufl. Tätigkeit/
 Funktion _____
 AHV-Jahreslohn _____
 Bruttolohn für ein volles Kalenderjahr inkl. allfälligem 13. Monatslohn angeben

Vorsorgeplan _____
 Bei mehreren Vorsorgeplänen Bezeichnung oder Nummer des Plans angeben,
 dem die Person zugeteilt werden soll

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 _____