

## 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.

Name \_\_\_\_\_ Anschluss-Nr. \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Kontaktperson \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  Mann  
 AHV-Nr. \_\_\_\_\_  Frau

Sprache  Deutsch  Französisch  
 Italienisch

Zivilstand  ledig  verwitwet  
 verheiratet  geschieden  
 in eingetragener Partnerschaft

Datum der Heirat/  
 Eintragung der Partnerschaft \_\_\_\_\_  
 Datum der Scheidung/  
 Auflösung der Partnerschaft \_\_\_\_\_  
 In aufgelöster Partnerschaft  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Ehepartner/in \_\_\_\_\_

Vorname Name \_\_\_\_\_  
 Ehepartner/in \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum \_\_\_\_\_  
 Berufl. Tätigkeit/  
 Funktion \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad (%) \_\_\_\_\_

AHV-Jahreslohn \_\_\_\_\_  
 Brutto-lohn für ein volles Kalenderjahr inkl. allfälligem 13. Monatslohn angeben

Vorsorgeplan \_\_\_\_\_  
 Bei mehreren Vorsorgeplänen Bezeichnung oder Nummer des zuzuteilenden Plans 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 \_\_\_\_\_