

Firma : Mitglied-Nr. :

Basis-Plan Kader-Plan/Ergänzungs-Plan Andere :

PERSÖNLICHE DATEN DES/R VERSICHERTEN

Name, Vorname : Geburtsdatum :

AHV Nr : Geschlecht : männlich weiblich

Beruf : E-mail:

Adresse : Newsletter abonnieren: ja nein

Zivilstand : ledig verheiratet geschieden verwitwet
 in eingetragener Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft

Falls verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft, Heirats- / Bindungsdatum :

Vornamen des Ehegatten / des Partners : Geburtsdatum :

Falls geschieden oder in aufgelöster Partnerschaft, Scheidungs- / Auflösungsdatum :

Kinder (falls unter 25 Jahren) : Vorname Geburtsdatum
.....
.....
.....

EINTRITT IN DIE VERSICHERUNG

Eintrittsdatum :
Jährlicher AHV-Lohn : CHF
Beschäftigungsgrad : %
Bemerkung : Falls der AHV-Lohn höher ist als CHF 250'000.-, erhält die versicherte Person eine Gesundheitserklärung zum ausfüllen.

(Falls Temporär- oder Saisonbeschäftigung, bitte Lohn in Jahreslohn umrechnen).

ADRESSE DES LETZTEN ARBEITGEBERS / DER LETZTEN VORSORGEINRICHTUNG

| Hauptsitz und Adresse des letzten Arbeitgebers | Hauptsitz und Adresse der letzten Pensionskasse | Jahr |
|--|---|-------|
| | | |
| | | |
| | | |

ERWERBSFÄHIGKEIT

Verfügt die zu versichernde Person über ihre volle Erwerbsfähigkeit ? ja nein
Erhält die zu versichernde Person eine Rente von der eidg. Invalidenversicherung ? ja nein
Falls ja, Grad der Rente : %
Unterlag die zu versichernde Person einem Versicherungsvorbehalt bei der letzten Vorsorgeeinrichtung ? ja nein

Datum : Stempel, Unterschrift des Arbeitgebers :