

Berufliche Vorsorge

Anmeldung zur Personalvorsorge

Arbeitgeber

Gesellschaft und Vertrags-Nr.

Versicherte Person

Name

Vorname

Geschlecht männlich weiblich

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Geb.-Datum

AHV-Nr.

Nationalität

Aufenthaltsbewilligung

Sprache

Zivilstand

Datum Heirat

Unterstützungspflichtig? nein ja

Geburtsdaten Kinder

Eintritt in die Firma:

Berufliche Tätigkeit:

Jahreslohn (Brutto AHV-Lohn):

Arbeitspensum:

Voll erwerbsfähig? nein ja

Wenn nein, wieso nicht?

Bestehen Renten privater / staatlicher Einrichtungen oder sind solche geplant?

nein ja

Name und Adresse des vorangehenden Arbeitgeber

Name der vorangehenden Pensionskasse

Firmenstempel und Unterschrift

Von der versicherten Person zu beantworten:

Fragen zum Gesundheits- Zustand

Körpergrösse

Körpergewicht

Fühlen Sie sich zur Zeit vollständig gesund? ja nein

Wenn nein, wieso nicht?

Stehen Sie zur Zeit in ärztlicher, zahnärztlicher oder sonstiger therapeutischen Behandlung oder Kontrolle, oder beabsichtigen Sie eine solche?

ja nein

Wenn ja, welche?

Bei welcher Stelle?

Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder aus Geburtsgebrechen?

ja nein

Wenn ja, welche?

Welcher Arzt kann hierzu nähere Angaben machen?

Waren Sie in den letzten fünf Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als 14 Tage (am Stück oder mit Unterbrüchen aber aus gleichem Grund) an der Arbeit verhindert?

ja nein

Wenn ja, welche?

Bei welcher Stelle?

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

Ich erkläre hiermit alle Fragen verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und nehme davon Kenntnis, dass unwahre oder fehlende Angaben möglichen Sanktionen im Versicherungs- und/oder Arbeitsrechtlichen Sinne zur Folge haben können.

Ort, Datum:

Unterschrift: