

Berufliche Vorsorge

Abmeldung der 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

Austritt aus der Firma:

Letzte berufliche Tätigkeit:

Letzter 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 künftigen Arbeitgeber (wenn bekannt)

Name der zukünftigen Pensionskasse (wenn bekannt)

Bei austretenden Mitarbeiter ohne neue Anstellung in der Schweiz

Möchten Sie eine neue Freizügigkeitspolice?

nein ja

Bei austretenden Mitarbeiter ohne neue Anstellung in der Schweiz

Überweisung auf ein bestehendes Freizügigkeitskonto?

Name/Adresse und Kto.-Nr. nein ja

Firmenstempel u. Unterschrift Ort, Datum (Firma)

Antrag zur Weiterversicherung

falls keine neue Anstellung bei einem neuen Arbeitgeber erfolgt.
(nur auszufüllen, falls eine Weiterversicherung gewünscht wird):

Datum des letzten Lohnanspruch:

Datum des letzten Arbeitstag:

Sind Sie zur Zeit voll Arbeits- und Erwerbsfähig?

ja nein

Wenn nein, wieso nicht?

Falls "Nein" stehen Sie zur Zeit diesbezüglich in ärztlicher,
zahnärztlicher oder sonstiger therapeutischen Behandlung oder
Kontrolle?

ja nein

Wenn ja, welche?

Bei welcher Stelle?

Bestehen bei Ihnen aus der Zeit der Anstellung beim jetzigen
Arbeitgeber Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls?

ja nein

Wenn ja, welche?

Welcher Arzt kann hierzu nähere Angaben machen?

Hatten Sie bereits vor der Anstellung bestehende Gebrechen (auch
Geburtsgebrechen) und waren/sind diese bereits bei einer
Versicherung gemeldet?

ja nein

Wenn ja, welche?

Bei welcher Stelle?

Möchten Sie eine persönliche Gesamtberatung vor der Weiter-
versicherung um Ihre Versicherungs- Situation insgesamt zu klären?
(Kostenpflichtig, Kostenrahmen nach Absprache)

ja nein

Wenn ja, bitte Angabe Ihrer privaten Telefon- und eMail-Adresse:

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:

Ort, Datum (Versicherte/r)

Unterschrift Versicherte/r