

Beitrittsformular für die Versicherten

Pensionskasse des Arbeitgebers

Pensionskasse	
---------------	--

Persönliche Informationen

Name:	Geschlecht:	Sprache:
Vorname:	Zivilstand:	
Privatadresse:	Heiratsdatum:	
PLZ, Ort:	Datum der Ehescheidung:	
Nationalität:	↳ Zahlen Sie Alimente?	
Geburtsdatum:	AHV-Nr.:	
Natel-Nr.:	E-Mail:	

Ehegatte/-gattin

Name/Vorname:	Geburtsdatum:
---------------	---------------

Beitrittsdaten / Lohndaten / Beschäftigungsart

Versicherungsbeginn		Eintrittsdatum in die Firma	
Jährlicher AHV-Lohn		Funktion	
Beschäftigungsgrad	%	Berufliche Position	
Arbeitsfähigkeitsgrad	%		

Falls ein Freizügigkeitsguthaben an unsere Stiftung übertragen wird, geben Sie bitte unten den Betrag an.

.....

Falls Vorsorge- oder Freizügigkeitsguthaben verpfändet wurden, bei welchem Pfandgläubiger?

.....

Falls Sie einen Vorbezug im Rahmen der Wohneigentumsförderung getätigt haben, geben Sie bitte unten dessen Datum und Betrag an.

.....

Ermächtigungen

Ich ermächtige die Stiftung, meine Austrittsleistung an Elite Freizügigkeitsstiftung oder an die Auffangeinrichtung (falls mein vorzeitiger Austritt nicht fristgerecht der Stiftung gemeldet wird) zu übertragen.

Damit bei einer Arbeitsunfähigkeit möglichst rasch Massnahmen zur Reduzierung des Schadens ergriffen werden können, verpflichte ich mich dazu, sämtliche Schadenfälle oder Ereignisse, welche zu einer langfristigen Erwerbsunfähigkeit führen können, unverzüglich zu melden.

Ich verpflichte mich, den Gesundheitsfragebogen korrekt auszufüllen und der Pensionskasse jegliche vor Eintreffen der Antwort des Rückversicherers eintretende Veränderung meines Gesundheitszustandes zu melden.

Ich ermächtige die Stiftung, dem Arbeitgeber die Rechnung bezüglich der Aufteilung der Kosten zwischen den Versicherten und der Pensionskasse sowie einen Auszug der Zusammensetzung der Anlagen dem Präsidenten der Pensionskasse und den einzelnen Versicherten, auf Anfrage, die Jahresrechnung gemäss Artikel 86b Absatz 2 BVG zu übergeben. 2 LPP.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person	Unterschrift des Arbeitgebers