

Antrag auf Mitgliedschaft für Arbeitnehmer

Mitgliedschaftsnummer: _____ Name des Arbeitgebers/Arztes: _____

Persönliche Angaben zum/zur Arbeitnehmer(in)

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht W M

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

AVS-Nr. 756. _____ Fachgebiet _____

Zivilstand ledig verheiratet gesetzlich zusammenlebend geschieden Witwe(r)

Heiratsdatum ____/____/____ Geburtsdatum des Ehepartners ____/____/____

Angaben zur Versicherung

Beginn der Mitgliedschaft (immer am Beginn eines Monats) ____/____/____

Erwartetes Jahresgehalt CHF _____

Beschäftigungsgrad _____ %

Vorsorgeplan _____
(Geben Sie die Angebotsnummer, die Nomenklatur des Plans oder die Personal-Kategorie an)

Name und Adresse der vorherigen Vorsorgeeinrichtung :

Der unterzeichnende Arbeitgeber bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben.

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift(en) des Arbeitgebers _____

Gesundheitserklärung (von der zu versichernden Person auszufüllen)

Besitzen Sie zum Zeitpunkt Ihrer Mitgliedschaft Ihre volle Arbeitsfähigkeit? ja nein

Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an einer Gesundheitsstörung oder an den Folgen einer Krankheit, eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens? ja nein

Beziehen Sie Leistungen aufgrund von Erwerbsunfähigkeit von einer inländischen Versicherung?
Oder ausländischen (IV, KVG, UVG; BVG) oder wurde ein Antrag gestellt? ja nein
Wenn ja, Grad der Invalidität : _____ % Seit wann? ____/____/____ (Entscheid beilegen)

Bestand bei Ihrer vorherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt aus gesundheitlichen Gründen? ja nein

Die zu versichernde Person bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort und Datum _____ Unterschrift des/der Arbeitnehmers/in _____

