

Firma:

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

PERSÖNLICHE ANGABEN DES/R VERSICHERTEN

Name, Vorname: Geburtsdatum:

AHV-Nr.: Geschlecht: männlich weiblich

Beruf: E-Mail:

Adresse:

Telefon:

Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
 eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft

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

Vorname des Ehegatten/Partners: Geburtsdatum:

Falls geschieden oder Partnerschaft aufgelöst, Datum der Scheidung/Auflösung:

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

EINTRITT IN DIE VERSICHERUNG

Eintrittsdatum:

Jährlicher AHV-Lohn: CHF

Beschäftigungsgrad: %

Bemerkung: Falls der AHV-Lohn höher als CHF 240'000.- ist, erhält die versicherte Person einen Gesundheitszustand zum ausfüllen.

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

ADRESSE DES LETZTEN ARBEITGEBERS / DER LETZTEN VORSORGEINRICHTUNG

Firmenname und Adresse des letzten Arbeitgebers	Firmenname 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

Ort, Datum: Stempel, Unterschrift Arbeitgeber: