

## Eintrittsmeldung

### Arbeitgeber

Firmenname \_\_\_\_\_ Vertrag Nr. \_\_\_\_\_

### Zu versichernde Person

Name \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnr. 756. \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Hochzeitsdatum (PartG) \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Korrespondenzsprache  D  F  I  E Geschlecht  M  W

### Vertragsdaten

Vertragsbeginn \_\_\_\_\_

AHV-Jahreslohn \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad in % \_\_\_\_\_

Versichertenplan/-kreis \_\_\_\_\_

Ist die zu versichernde Person aktuell und zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vollständig arbeitsfähig?

ja  nein

Erfolgt die Einstellung aufgrund einer Umschulung durch die Invalidenversicherung (IV)?

ja  nein

### Anmerkungen

---

---

*Der Arbeitgeber füllt das Formular aus und unterschreibt es.*

*Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arbeitgeber, die oben aufgeführten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Bei falscher oder unvollständiger Erklärung kann die Stiftung die überobligatorischen Leistungen verweigern. Die Stiftung behält sich das Recht vor, den Beitritt aufgrund der erhaltenen Auskünfte zu prüfen.*

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers: