

Eintrittsmeldung

Arbeitgeber

Firmenname: _____ Vertrag Nr.: _____

Versicherte Person

Name: _____ Sozialversicherungsnr.: 756. _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Zivilstand: _____

PLZ/Ort: _____ Hochzeitsdatum (PartG): _____

Nationalität: _____ Beruf: _____

Korrespondenzsprache: ☐ FR ☐ DE ☐ IT ☐ EN 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:
