

Eintrittsmeldung

Arbeitgeber

Firmenname	Vertragsnr.
PLZ/Ort	Kategorie (wenn nötig)

Zu versichernde Person

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht	
Versicherungsnr.	Beruf	
Zivilstand	Datum Eheschliessung (auch PartG)	
Sprache <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> E	Nationalität	
Vollständige Adresse		
Eintrittsdatum	AHV-Jahreslohn in Fr.	Beschäftigungsgrad in %

Ist die zu versichernde Person zurzeit und bei Beginn der Versicherung voll arbeitsfähig? ja nein

Erfolgt die Anstellung aufgrund einer Umschulung der Eidg. Invalidenversicherung (IV)? ja nein

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 BVG-Stiftung die überobligatorischen Leistungen verweigern. Die BVG-Stiftung behält sich das Recht vor, den Beitritt aufgrund der erhaltenen Auskünfte zu prüfen.

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers