

Anhang für die Anschlussvereinbarung/Leistungsfälle

Dieses Formular ist vom Arbeitgeber auszufüllen, sofern Leistungsfälle bei der Vorversicherung bestehen oder nicht alle zu versichernden Personen voll arbeitsfähig sind.

Arbeitgeber Ort/Kanton

Firmen-Nr. Gültig ab

Anschluss mit Selbständigerwerbenden Anschluss mit Angestellten

Arbeitsunfähigkeits- und/oder Invaliditätsfälle

Geburtsdatum	Fall offen seit	Fall beendet am (noch offen/laufend = kein Eintrag)	Krankheit	Unfall	Definitive Invalidenrente mit Beginn per	Höhe der Invalidenrente in CHF pro Jahr
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Laufende Alters- und/oder Hinterlassenenrenten

Geburtsdatum	Alters- rente	Witwen-/ Partner- rente	Kinder- rente	Beginn des Anspruchs	Rente in CHF pro Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Vorversicherer

Name Kontaktperson

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Telefon E-Mail

Bemerkungen

.....
.....

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

.....

Der unterzeichnende Arbeitgeber (oder die Stiftung/Pensionskasse) erklärt die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorerwähnten Angaben und ermächtigt die Medpension, Auskünfte beim bestehenden/bisherigen Versicherer der beruflichen Vorsorge einzuholen.

(Seite 2, zum Ausdrucken und als Deckblatt für die Einsendung mit Fenstercouvert)

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 319
3000 Bern 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 319
3000 Bern 14