

Eintrittsformular für Angestellte

Dieses Formular ist unmittelbar bei Eintritt (spätestens jedoch **innerhalb von 10 Tagen nach Eintritt**) vom Arbeitgeber (Seite 1) und der zu versichernden Person (Seite 2) auszufüllen und Medpension einzureichen.

Arbeitgeber Ort/Kanton
Firmen-Nr. Vorsorgeplan
Wartefrist Kategorie

Personalien der versicherten Person

Anrede Titel
Name Vorname
Strasse/Nr. PLZ/Ort
Geburtsdatum Sozialvers.-Nr.
Telefon (tagsüber) E-Mail

Geschlecht

weiblich männlich

Sprache

deutsch französisch italienisch

Zivilstand

ledig verheiratet seit geschieden seit verwitwet

in eingetragener Partnerschaft seit

in aufgelöster Partnerschaft gerichtlich seit durch Tod

Beginn Versicherung 01. Eintritt in die Firma

Beschäftigungsgrad in %

Massgebender Jahreslohn

(AHV-pflichtiges Einkommen inkl. 13 Monatslohn)

CHF

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers

.....

Diese Seite ist von der zu versichernden Person auszufüllen.

Um das Versicherungsrisiko zu beurteilen, erfolgt bei Eintritt in die Stiftung eine Gesundheitsprüfung.

Arbeitgeber Ort/Kanton

Firmen-Nr. Kategorie

Angaben zur versicherten Person

Name Vorname

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Geburtsdatum Sozialvers.-Nr.

- Sind Sie bei Eintritt in die Firma, bzw. per Beginn der Versicherung **nicht** voll arbeitsfähig? Ja Nein
- Mussten Sie Ihre Arbeit in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen für mehr als 4 Wochen ganz oder teilweise unterbrechen? Ja Nein
- Stehen Ihnen Rentenleistungen einer Sozialversicherung (IV/UV/MV, Pensionskasse) zu oder haben Sie solche beantragt? Ja Nein
- Bestand ein Gesundheitsvorbehalt bei einer früheren Vorsorgeeinrichtung? Ja Nein

falls ja, bitte Gesundheitserklärung ausfüllen und Kopien der Unterlagen einreichen. Abruflbar auf unserer Homepage: www.medpension.ch

Hinweis: Ist der massgebende Jahreslohn höher als CHF 86'040.00, bitte zusätzlich das Formular «Gesundheitserklärung» ausfüllen.

Bereits eingetretene Ereignisse WEF-Vorbezug Verpfändung Scheidung
 (bitte Abrechnungskopie/Steuermeldung beilegen)

Bisherige Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse) oder Freizügigkeitseinrichtung Ja Nein
 (wenn ja, bitte Austrittsrechnung ausfüllen und beilegen)

Name Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Ein Einzahlungsschein zur Überweisung der Freizügigkeitsleistung wird Ihnen durch Medpension zugestellt.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift der zu versichernden Person

.....

Dieses Formular ist einzureichen an Medpension.

(Seite 3, 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