

Eintrittsformular für Selbständigerwerbende

Ärzte ohne den von der AHV vergebenen Status «selbständigerwerbend» gelten als Arbeitnehmer. In diesen Fällen ist das Formular «Eintrittsformular für Angestellte» auszufüllen.

Arbeitgeber Ort/Kanton
Firmen-Nr. Vorsorgeplan
Wartefrist Kategorie
VSAO-Mitglied Ja Nein

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. Beschäftigungsgrad in %

Massgebender Jahreslohn

(maximal AHV-pflichtiges Einkommen)

CHF

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.
Abrufbar 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

(bitte Abrechnungskopie/Steuermeldung beilegen)

WEF-Vorbezug Verpfändung Scheidung

Bisherige Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse) oder Freizügigkeitseinrichtung

(wenn ja, bitte Austrittsabrechnung ausfüllen und beilegen)

Ja Nein

Name Strasse/Nr.

PLZ/Ort

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

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

.....

Die zu versichernde Person erklärt, die gestellten Fragen verstanden zu haben. Sie bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Mit ihrer Unterschrift nimmt sie zur Kenntnis, dass Medpension bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben ihre Leistungen reduzieren oder verweigern sowie Schadenersatzansprüche geltend machen kann.

(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