

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

Verbandsmitgliedschaften? vsao: Ja Nein SSO: Ja Nein

Andere:

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

Ist der massgebende Jahreslohn höher als CHF 88'200.00, bitte das Formular «Gesundheitserklärung» ausfüllen.

Bereits eingetretene Ereignisse

(bitte Abrechnungskopie/Steuermeldung beilegen)

WEF-Vorbezug Verpfändung Scheidung

Freiwillige Sparbeiträge (Wahlpläne)

(wenn ja, bitte sep. Formular «Freiwillige Sparbeiträge (Wahlpläne)» ausfüllen und beilegen)

Ja Nein

Bisherige Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse) oder Freizügigkeitseinrichtung

(wenn ja, bitte Austrittsrechnung ausfüllen und beilegen)

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

Ja Nein

Name Strasse/Nr.

PLZ/Ort

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. Sie bestätigt zudem, das Vorsorgereglement sowie die Datenschutzerklärung auf der Homepage von Medpension zur Kenntnis genommen zu haben.

(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