vsao asmac
medpension
Vorsorge in guten Händen.

Brunnhofweg 37, Postfach 319, 3000 Bern 14
T +41 31 560 77 77, F +41 31 560 77 88
info@medpension.ch, www.medpension.ch

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

Zivilstand

☐ ledig ☐ verheiratet seit _____ ☐ geschieden seit _____ ☐ verwitwet

☐ in eingetragener Partnerschaft seit _____

☐ in aufgelöster Partnerschaft: ☐ gerichtlich seit _____ ☐ durch Tod

Beginn Versicherung _____ Beschäftigungsgrad in % _____

Massgebender Jahreslohn
(maximal AHV-pflichtiges Einkommen)

CHF _____

Sind Sie bei Eintritt in die Firma bzw. per Beginn der Versicherung arbeitsunfähig oder waren Sie in den vorangehenden sechs Monaten arbeitsunfähig?	☐ Ja ☐ Nein	falls ja, bitte Gesundheitserklärung ausfüllen und Kopien der Unterlagen einreichen. Abrufbar auf unserer Homepage: www.medpension.ch
Mussten Sie Ihre Arbeit in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen für mehr als 4 Wochen ganz oder teilweise unterbrechen?	☐ Ja ☐ Nein	
Beziehen Sie Rentenleistungen einer Sozialversicherung (IV, UV, MV, Pensionskasse) oder haben Sie solche in der Vergangenheit beantragt oder haben Sie solche aktuell beantragt?	☐ Ja ☐ Nein	
Bestand ein Gesundheitsvorbehalt bei einer früheren Vorsorgeeinrichtung?	☐ Ja ☐ Nein	

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

Ort/Datum _____

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.

100061126d

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

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 3019
3000 Bern 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 3019
3000 Bern 14