

## 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

### Zivilstand

ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_  geschieden seit \_\_\_\_\_  verwitwet

in eingetragener Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

in aufgelöster Partnerschaft:  gerichtlich seit \_\_\_\_\_  durch Tod

**Beginn Versicherung** \_\_\_\_\_

Eintritt in die Firma \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad in % \_\_\_\_\_

### Massgebender Jahreslohn

(AHV-pflichtiges Einkommen inkl. 13 Monatslohn)

### CHF

\_\_\_\_\_

### Ort/Datum

\_\_\_\_\_

### 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 arbeitsunfähig oder waren Sie in den vorangehenden sechs Monaten arbeitsunfähig?  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  
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

falls ja, bitte Gesundheitserklärung ausfüllen und Kopien der Unterlagen einreichen.  
Abrufbar auf unserer Homepage: [www.medpension.ch](http://www.medpension.ch)

Hinweis: Ist der massgebende Jahreslohn höher als CHF 181'440.00, bitte zusätzlich das Formular «Gesundheitserklärung» ausfüllen.

**Bereits eingetretene Ereignisse**  
(bitte Abrechnungskopie/Steuermeldung beilegen)

WEF-Vorbezug  Verpfändung  Scheidung

**Ort/Datum**

**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