

## Freiwillige externe Versicherung

Dieses Formular ist vom Arbeitgeber und der versicherten Person auszufüllen.

Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Ort/Kanton \_\_\_\_\_  
Firmen-Nr. \_\_\_\_\_ Vorsorgeplan \_\_\_\_\_  
Wartefrist \_\_\_\_\_ Kategorie \_\_\_\_\_

selbständigerwerbend  angestellt

### Personalien der versicherten Person

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

## Freiwillige externe Versicherung

### Externe Versicherung

**Versicherte Arbeitnehmer**, die höchstens 58 Jahre alt und seit mindestens sechs Monaten bei der Stiftung versichert sind und deren Jahreslohn infolge von unbezahltem Urlaub, Arbeitsunterbruch während der Schwangerschaft, Verlängerung des Mutterschaftsurlaubs oder Weiterbildung vorübergehend, **mindestens zwei Monate**, unter die Eintrittsschwelle (gemäss Vorsorgeplan) sinkt, können der Stiftung auf Verlangen als externe versicherte Personen angeschlossen bleiben.

**Selbständigerwerbende** versicherte Personen, die höchstens 58 Jahre alt und seit mindestens sechs Monaten bei der Stiftung versichert sind und deren Jahreslohn **mindestens zwei Monate** unter die Eintrittsschwelle (gemäss Vorsorgeplan) sinkt, können unabhängig des Grunds in die externe Versicherung übertreten.

Grund des Unterbruchs \_\_\_\_\_

Versicherungsbeginn \_\_\_\_\_

Versicherungsende \_\_\_\_\_

(maximal 24 Monate nach dem Beginn)

### Versicherungsleistungen

- nur Risiko
- Risiko und Alterssparen (ohne freiwillige Sparbeiträge (Wahlplan))
- Risiko und Alterssparen (mit freiwilligen Sparbeiträgen (Wahlplan))
- keine Versicherungsdeckung (auch möglich für einen Unterbruch für einen Monat)

### Wiedereintritt beim ehemaligen Arbeitgeber

- ja  mit dem gleichen Lohn/Beschäftigungsgrad
- mit einem neuen Lohn

Neuer AHV-Bruttolohn (inkl. 13. Monatslohn)

CHF \_\_\_\_\_ (bitte aufrechnen auf volles Jahr)

Neuer Beschäftigungsgrad in % \_\_\_\_\_

- nein Bitte das Formular «Austrittsmeldung» ausfüllen und beilegen.  
Bei einem Austritt wird die Unterschrift des Arbeitgebers auf der 2. Seite dieses Formulars nicht benötigt.

Der gesamte Beitrag der externen Versicherung geht zu Lasten der zu versichernden Person und wird dieser direkt in Rechnung gestellt (nachsüssig).

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arbeitgebers \_\_\_\_\_

Unterschrift der versicherten Person \_\_\_\_\_

(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