

AVITEX Vorsorgestiftung des Verbandes SWISS FASHION STORES für seine Mitglieder und deren Angestellte

Eintrittsmeldung

Arbeitgeber

Zu versichernde Person (durch den Arbeitgeber auszufüllen)

Name

Vorname

Adresse

Postleitzahl

Ort

Geschlecht

 männlich weiblich

Zivilstand

 ledig verheiratet geschieden verwitwet
 eingetragene Partnerschaft aufgelöste eingetragene Partnerschaft

Geburtsdatum

Geburtsdatum des Ehegatten/der Ehegattin

AHV-Nr.

Anzahl Kinder ¹

 ¹ minderjährig oder bis 25 Jahre alt, falls in Ausbildung

Eintrittsdatum ²

² Anfang des Arbeitsverhältnisses vom 1. bis 15. des Monats : Eintritt per 1. Tag des laufenden Monats
Anfang des Arbeitsverhältnisses vom 16. bis 31. des Monats : Eintritt per 1. Tag des folgenden Monats

Jährlicher AHV Bruttolohn ³

³ Jahreslohn inkl. 13. Monatslohn und/oder vereinbarte Gratifikation

Ort

Datum

Unterschrift des Arbeitgebers

Arbeitsfähigkeit (durch die zu versichernde Person auszufüllen)

	Ja	Nein
Sind Sie voll arbeitsfähig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Anrecht auf eine Invalidenrente der Invalidenversicherung (IV) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, Invaliditätsgrad : <input type="text"/> %		
Hatten Sie in Ihrer vorgehenden Vorsorgeeinrichtung einen Gesundheitsvorbehalt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, in Treu und Glauben geantwortet zu haben und dass die obenstehenden Antworten richtig und vollständig sind. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Stiftung, resp. deren Rückversicherer, sich vorbehält, von mir und meinem Arzt einen Fragebogen betreffend meinen gesundheitlichen Zustand ausfüllen zu lassen.

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person