



Anmeldung weitergehende Vorsorge

Arbeitgeber:

.....
Mitglied-Nr.

.....
Firmenname

Pensionskasse Schreiner
Ifangstrasse 8
8952 Schlieren

Arbeitnehmer:

.....
Vorname

.....
AHV-Nr.

.....
Nachname

.....
Zivilstand

.....
Datum Eheschliessung / eingetragene Partnerschaft

.....
Strasse

.....
eMail

.....
PLZ / Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Geschlecht:

weiblich

männlich

.....
Ist die anzumeldende Person selbständigerwerbend im Sinne der AHV-Gesetzgebung?

ja

nein

.....
Beginn der Versicherung

.....
Tag / Monat / Jahr

.....
AHV-pflichtiger, auf ein ganzes Jahr umgerechneter Lohn
inkl. Gratifikation, 13. Monatslohn usw.

.....
Beispiel: Dauer: 01.03. - 30.09.
Lohn: CHF 5'000 pro Monat
+13. Monatslohn
-> 13x CHF 5'000
Meldung = CHF 65'000

.....
CHF

Plan B

Plan BR

Plan BKU

Plan CR

Plan BRU

Plan IR

Plan CKU

Plan IRU

Plan CRU

Der Arbeitgeber erklärt, dass der zu versichernde Arbeitnehmer im heutigen Zeitpunkt:

voll arbeitsfähig ist

nicht voll arbeitsfähig ist

im Sinne der IV zu % invalide ist, bitte IV Entscheid beilegen

.....
Ort und Datum:

.....
Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers