

Meldung von Neueintritt

Neueintritt per: _____

Arbeitgeber

Vertrags-Nr.: _____ Name: _____ PLZ, Ort: _____

Versicherte Person

| | |
|----------------|----------------------------------|
| Titel: _____ | E-Mail: _____ |
| Name: _____ | Telefon: _____ |
| Vorname: _____ | AHV-Nr. (13-stellig): 756. _____ |
| Strasse: _____ | Berufliche Tätigkeit: _____ |
| PLZ: _____ | Geburtsdatum: _____ |
| Ort: _____ | Geschlecht: w m |
| | Sprache: de fr it |

Zivilstand

Ledig Verheiratet Verwitwet Geschieden

Ehepartner

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heirats-/Scheidungsdatum: _____

AHV-Jahreslohn

Bitte den Jahreslohn rechnen (Monatslohn × 12 oder × 13)

CHF: _____

Beschäftigungsgrad: _____ %

Weitere Angaben der zu versichernden Person

| | | |
|--|----|------|
| Ich erhebe Anspruch auf eine Lebenspartnerrente <i>(erübrigt sich bei verheirateten Personen)</i> | Ja | Nein |
| Ich bin voll erwerbsfähig | Ja | Nein |
| Es besteht ein Vorbehalt durch die bisherige Vorsorgeeinrichtung <i>(Kopie des Vorbehaltsschreibens in verschlossenem Couvert beilegen)</i> | Ja | Nein |
| Ich bin bei der Invalidenversicherung angemeldet <i>(Kopien von Verfügungen etc. beilegen)</i> | Ja | Nein |

Überweisung der Freizügigkeitsleistung

Gemäss Bundesgesetz (BVG) sind Sie verpflichtet, sämtliche Freizügigkeitsleistungen, zum Beispiel aus vorheriger Vorsorgeeinrichtung, Freizügigkeitskonti oder -policen, auf die Stiftung zu übertragen. Nähere Angaben können Sie dem Merkblatt "Neueintritt" entnehmen. Dieses steht unter www.vsmed.ch, Rubrik Dokumente, zur Verfügung oder kann bei uns angefordert werden. Die VSM Sammelstiftung übernimmt keine Verantwortung für die Folgen der Missachtung der gesetzlichen Bestimmungen.

Versicherungsschutz

Wir nehmen davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der obenstehenden Angaben abhängt und dass die VSM-Stiftung bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann und dass wir für die Folgen der Missachtung gesetzlicher Bestimmungen durch falsche oder unvollständige Angaben selbst verantwortlich sind.

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu versichernden Person

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers