

Eintrittsformular

Arbeitgeber

Name der Firma _____ Vertrags-Nr. _____

Personalien

Versicherungs-Nr. _____

Name / Vorname _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____ Geburtsdatum _____

Telefon _____ Nationalität _____

FL PEID-Nr. _____ Geschlecht (m/w) _____

Zivilstand / seit (Tag.Monat.Jahr) _____

Ist die versicherte Person derzeit voll arbeitsfähig? ☐ Ja ☐ Nein

Eintrittsdaten

Eintrittsdatum	Beschäftigungs- grad in %	Jahreslohnsumme in CHF	Personengruppe

☐ als Lehrling angestellt

Lernende vor der Vollendung des 17. Altersjahrs und Lernende, welche die Eintrittsschwelle nicht erreichen, werden beitragsfrei in die Stiftung aufgenommen. Als Lernende gelten Personen bis zum 1. Januar nach Vollendung des 20. Altersjahrs mit einem gültigen Lehrvertrag.

☐ nur risikoversichert bis _____

Befristete Arbeitsverhältnisse bis zu 3 Monaten unterliegen nicht der obligatorischen Sparpflicht. Wird die Befristung verlängert oder überschreitet die Dauer 3 Monate, gilt das Arbeitsverhältnis als unbefristet.

Bemerkungen

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ort / Datum _____

Unterschrift _____