

Anhang für die Anschlussvereinbarung/Leistungsfälle

Dieses Formular ist vom Arbeitgeber auszufüllen, wenn Leistungsfälle bei der Vorversicherung bestehen.

Arbeitgeber **Ort/Kanton**

Firmen-Nr. **Gültig ab**

Anschluss mit Selbständigerwerbenden

Anschluss mit Angestellten

Arbeitsunfähigkeits- und/oder Invaliditätsfälle

Geburtsdatum	Fall offen seit	Fall beendet am (noch offen/laufend = kein Eintrag)	Krankheit	Unfall	Definitive Invalidenrente mit Beginn per	Höhe der Invalidenrente in CHF pro Jahr
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Laufende Alters- und/oder Hinterlassenenrenten

Geburtsdatum	Alters- rente	Witwen/ Partner- rente	Kinder- rente	Beginn des Anspruchs	Rente in CHF pro Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Vorversicherer

Name Kontaktperson

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Telefon E-Mail

Bemerkungen

.....

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Der unterzeichnende Arbeitgeber (oder die Stiftung/Pensionskasse) erklärt die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorerwähnten Angaben und ermächtigt die VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende, Auskünfte beim bestehenden/bisherigen Versicherer der beruflichen Vorsorge einzuholen.