

FREIWILLIGE WEITERVERSICHERUNG

Arbeitgeber **Ort/Kanton**

Firmen-Nr. **Vorsorgeplan**

Wartefrist **Kategorie**

Selbständigerwerbend Angestellt

Personalien der versicherten Person

Name Vorname

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Geburtsdatum AHV-Nr.

Telefon (tagsüber) E-Mail

Geschlecht

Weiblich Männlich

Sprache

Deutsch Französisch Italienisch

Zivilstand

Verheiratet Eingetragene Partnerschaft

Ledig Geschieden Verwitwet

EXTERNE VERSICHERUNG

Infolge unbezahltem Urlaub, Arbeitsunterbruch während der Schwangerschaft, Verlängerung des Mutterschaftsurlaub oder Weiterbildung.

Grund des Unterbruchs

Versicherungsbeginn **Versicherungsende**

(maximal 24 Monate nach dem Beginn)

Versicherungsleistungen

- nur Risiko
- Risiko und Alterssparen (nur Basis-Plan)
- Risiko und Alterssparen (mit Zusatz-Altersgutschriften)

Wiedereintritt beim ehemaligen Arbeitgeber

- Ja mit dem gleichen Lohn/Beschäftigungsgrad
- mit einem neuen Lohn

Neuer AHV-Bruttolohn (inkl. 13. Monatslohn) CHF (bitte aufrechnen auf volles Jahr)

Neuer Beschäftigungsgrad in %

- Nein Bitte das Formular «Austrittsmeldung» ausfüllen und beilegen.
Bei einem Austritt wird die Unterschrift des Arbeitgebers auf der 2. Seite dieses Formulars nicht benötigt.

Ergänzen Sie bitte die 2. Seite mit Ihrer Unterschrift.

FREIWILLIGE WEITERVERSICHERUNG

WEITERVERSICHERUNG AB ALTER 58

Infolge Lohnreduktion um höchstens die Hälfte.

Versicherungsbeginn

Versicherungsende

(bis zum Ende der Erwerbstätigkeit, maximal bis zum 70. Altersjahr)

Bisheriger AHV-Bruttolohn vor Lohnreduktion (inkl. 13. Monatslohn) CHF (bitte aufrechnen auf volles Jahr)

Neuer AHV-Bruttolohn nach der Lohnreduktion (inkl. 13. Monatslohn) CHF (bitte aufrechnen auf volles Jahr)

Beschäftigungsgrad in % nach der Lohnreduktion

Versicherungsleistungen

- Risiko und Alterssparen: nur Basis-Plan
- Risiko und Alterssparen: mit Zusatz-Altersgutschriften

.....

Die gesamten Prämien der externen Versicherung sowie der Weiterversicherung ab Alter 58 geht zu Lasten der zu versichernden Person und werden dieser direkt in Rechnung gestellt (nachsüssig).

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

.....

.....

Unterschrift der zu versichernden Person

.....

Die zu versichernde Person erklärt, die oben gestellten Fragen verstanden zu haben. Sie bestätigt zudem die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und nimmt davon Kenntnis, dass die VSAO Stiftung für Selbständigerwerbende bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben im Rahmen der reglementarischen und gesetzlichen Bestimmungen die Ausrichtung von Leistungen reduzieren oder verweigern sowie Schadenersatzansprüche geltend machen kann.