



→ Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular sowie die nötigen Unterlagen an:

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Berufliche Vorsorge (BVG)
Postfach
8050 Zürich

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 41 799 75 75
Fax +41 44 468 23 96
Bürozeiten Mo. - Fr.
08:00 - 12:00/ 13:30 - 16:30

Arbeitgeber: _____

Anschluss-Nr.: _____

Anmeldung

Angaben zur Person

Soz.-Vers.-Nr.: _____

Sprache: D F I

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: M F

Geburtsdatum: _____

Zivilstand: ledig verheiratet eingetragene Partnerschaft
 verwitwet geschieden aufgelöste Partnerschaft

Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Eintritt Firma: _____ Arbeitsvertrag von höchstens drei Monaten;
vorbehalten ist Art. 1k BVV2

Austritt* per: _____ (Ende Arbeitsverhältnis, wenn die Person bereits nicht mehr in der Firma tätig ist)

* Der Arbeitgeber bestätigt, dass bei der Auflösung des Arbeitsverhältnisses sowohl die arbeitsvertraglichen Bestimmungen als auch die zwingenden Bestimmungen des Arbeitsrechts (z.B. Art. 336c OR) eingehalten wurden.

Lohndaten (Bitte alle Lohnänderungen seit Beginn der Vorsorge bzw. seit Eintritt in die Firma angeben.)

Jahreslohn (in CHF): _____ Gültig ab: _____

Jahreslohn (in CHF): _____ Gültig ab: _____

Jahreslohn (in CHF): _____ Gültig ab: _____

Ist der Arbeitnehmer weniger als ein Jahr lang bei einem Arbeitgeber beschäftigt, so gilt als Jahreslohn der Lohn, den er bei ganzjähriger Beschäftigung erzielen würde.

Gesundheitszustand

Der Arbeitgeber erklärt, dass die zu versichernde Person seit Versicherungsbeginn

voll arbeitsfähig ist nicht voll arbeitsfähig ist* im Sinne der IV zu ____% invalid ist**

Wenn der Versicherte nicht voll arbeitsfähig ist, legen Sie bitte immer die entsprechenden Arztzeugnisse und/oder Abrechnungen der Unfall-/Krankentaggeldversicherung bei.

* Bitte Arbeitsunfähigkeitsmeldung ausfüllen

** Bitte IV-Verfügung beilegen

Wir bestätigen die Richtigkeit dieser Angaben.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ort

Datum

Unterschrift der zu versichernden Person