

Eintrittsformular für Selbständigerwerbende

Ärzte ohne den von der AHV vergebenen Status «selbständigerwerbend» gelten als Arbeitnehmer. In diesen Fällen ist das Formular «Eintrittsformular für Angestellte» auszufüllen.

Arbeitgeber _____ Ort/Kanton _____
Firmen-Nr. _____ Vorsorgeplan _____
Wartefrist _____ Kategorie _____
Verbandsmitgliedschaften? vsao: Ja Nein SSO: Ja Nein

Andere: _____

Personalien der versicherten Person

Anrede _____ Titel _____
Name _____ Vorname _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
Geburtsdatum _____ Sozialvers.-Nr. _____
Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____

Geschlecht

weiblich männlich

Sprache

deutsch französisch italienisch

Zivilstand

ledig verheiratet seit _____ geschieden seit _____ verwitwet
 in eingetragener Partnerschaft seit _____
 in aufgelöster Partnerschaft: gerichtlich seit _____ durch Tod

Beginn Versicherung 01. _____ **Beschäftigungsgrad in %** _____

Massgebender Jahreslohn

(maximal AHV-pflichtiges Einkommen)

Sind Sie bei Eintritt in die Firma bzw. per Beginn der Versicherung arbeitsunfähig oder waren Sie in den vorangehenden sechs Monaten arbeitsunfähig?

Mussten Sie Ihre Arbeit in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen für mehr als 4 Wochen ganz oder teilweise unterbrechen?

Beziehen Sie Rentenleistungen einer Sozialversicherung (IV, UV, MV, Pensionskasse) oder haben Sie solche in der Vergangenheit beantragt oder haben Sie solche aktuell beantragt?

Bestand ein Gesundheitsvorbehalt bei einer früheren Vorsorgeeinrichtung?

CHF

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

Ja Nein

falls ja, bitte Gesundheitserklärung ausfüllen und Kopien der Unterlagen einreichen.
Abrufbar auf unserer Homepage:
www.medpension.ch

Ist der massgebende Jahreslohn höher als CHF 181'440.00, bitte zusätzlich das Formular «Gesundheitserklärung» ausfüllen.

Bereits eingetretene Ereignisse

(bitte Abrechnungskopie/Steuermeldung beilegen)

WEF-Vorbezug Verpfändung Scheidung

Freiwillige Sparbeiträge (Wahlpläne)

(wenn ja, bitte sep. Formular «Freiwillige Sparbeiträge (Wahlpläne)» ausfüllen und beilegen)

Ja Nein

Bisherige Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse) oder Freizügigkeitseinrichtung

(wenn ja, bitte Austrittsabrechnung ausfüllen und beilegen)

Ein Einzahlungsschein zur Überweisung der Freizügigkeitsleistung wird Ihnen durch Medpension gestellt.

Ja Nein

Name _____ Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

Die zu versichernde Person erklärt, die gestellten Fragen verstanden zu haben. Sie bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Mit ihrer Unterschrift nimmt sie zur Kenntnis, dass Medpension bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben ihre Leistungen reduzieren oder verweigern sowie Schadenersatzansprüche geltend machen kann. Sie bestätigt zudem, das Vorsorgereglement sowie die Datenschutzerklärung auf der Homepage von Medpension zur Kenntnis genommen zu haben.

(Seite 2, zum Ausdrucken und als Deckblatt für die Einsendung mit Fenstercouvert)

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 3019
3000 Bern 14

Medpension vsao asmac
Brunnhofweg 37
Postfach 3019
3000 Bern 14