



Pensionskasse SAV
Postfach 6124
Rue Pedro-Meylan 7
1211 Genf 6

Tel.: 058 255 30 80
Fax: 058 255 30 89
info@pksav.ch
www.pksav.ch

Zur internen Nutzung

Versichertennummer : _____
Vorbearbeitung :
Mupe ok :
Seite Versicherter :

Eintrittsmeldung

Ist für jeden neuen BVG-pflichtigen Arbeitnehmer vor dem 15. des betreffenden Monats an die Kasse zu senden.

Arbeitgeber

Firmenname : _____ Unternehmen Nr. : _____
Strasse, Nr. : _____ Ansprechpartner : _____
PLZ / Ort : _____ Telefonnummer : _____

Arbeitnehmer

Frau Herr
Unterlagen : Französisch Deutsch Italienisch
Nachname : _____ Datum des Dienst Eintritts : _____
Vorname : _____ Funktion : _____
Strasse, Nr. : _____ Zivilstand : ledig verheiratet geschieden
PLZ / Ort : _____ getrennt lebend verwitwet
AHV-Nr. : 756. _____ Sonstiges : _____
Geburtsdatum : _____ Datum der Ziviltrauung : _____

Anschlussbedingungen

Anschlussdatum : _____ Brutto-AHV-Jahreslohn : CHF _____
(zum 1. des Monats) (einschl. 13. Monatslohn und Gratifikation)
Beschäftigungsgrad : _____ %
Kollektiv (gemäss unterzeichneter Anschlussvereinbarung) : 1 2 3
Versicherter Lohn (bestimmt gemäss Kollektiv oben) : _____ Versicherter Jahreslohn : CHF _____

Frühere Mitgliedschaft

Laut Gesetz verpflichtet sich der Versicherte durch seine Unterschrift, bei der Aufnahme die Überweisung aller Freizügigkeitsleistungen auf unser Konto IBAN-Nr. CH18 0900 0000 1200 3402 4 zu veranlassen. (Ein Einzahlungsschein wird Ihnen zugestellt).

Ist der Versicherte bereits bei der Pensionskasse SAV gemeldet?

ja, Versichertennummer : _____ nein

Ist der Versicherte bereits bei einer anderen Stiftung gemeldet?

ja, Name der Stiftung : _____ nein

Die Unterzeichner dieses Dokumentes versichern, dass die von ihnen gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Über etwaige Änderungen dieser Angaben haben die betreffenden Parteien die Kasse unverzüglich zu informieren. Bei unvollständig oder unrichtig gemachten Angaben kann diese im Rahmen der bestehenden Gesetze und/oder des Reglements die Leistungen reduzieren oder auch ganz ablehnen sowie Schadensersatzansprüche geltend machen.

Ort und Datum : _____

Unterschrift des Versicherten : _____ Unterschrift des Arbeitgebers : _____