



Eintrittsmeldung

Diese Seite ist durch den Arbeitgeber unter Mithilfe der zu versichernden Person auszufüllen und von beiden zu unterzeichnen. Eine Gesundheitsprüfung bleibt vorbehalten.

Arbeitgeber/in

Arbeitgeber/in, Adresse _____
Kontaktperson _____ Telefon _____

Versicherte Person

Name _____ Zivilstand _____
Vorname _____ ledig verheiratet seit: _____
SV-Nummer _____ geschieden verwitwet
Geburtsdatum _____ eingetragene Partnerschaft seit: _____
Strasse, Nummer _____ aufgelöste Partnerschaft
PLZ, Wohnort _____ Telefonnummer _____
E-Mail-Adresse (Geschäft / Privat) _____

Name, Vorname Ehepartner/in | Partner/in _____

Geburtsdatum Ehepartner/in | Partner/in _____

Stellung Selbständig Arbeitnehmer/in
Geschlecht weiblich männlich
Sprache deutsch französisch italienisch

Arbeits- bzw. Vorsorgeverhältnis

Vorsorgeplan BVG Minimalplan Plan Basis Plan Basis Plus Plan Bel Etage
 Plan Basis Zusatz Plan Basis Plus Zusatz Plan Bel Etage Zusatz Sparplan

Der Grundsatz der Kollektivität gemäss Artikel 3 des Reglements ist einzuhalten.

Versicherungsbeginn **01.** _____ Arbeitsbeginn _____

Ist die zu versichernde Person bei Eintritt voll arbeitsfähig? Ja Nein

AHV-Jahreslohn bzw. Jahresgehalt * **CHF** _____ **Beschäftigungsgrad** _____ %

*Das Jahresgehalt berechnet sich wie folgt: Bruttomonatslohn x 12 bzw. x 13 (AHV-pflichtiger Jahreslohn) + ev. Bonus

Bisherige Vorsorgeeinrichtung

Sind Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aus dem Ausland zugezogen? Ja, wann? _____ Nein

Die bisherige Vorsorgeeinrichtung ist verpflichtet, die Austrittsleistung an die Neue zu überweisen (Art. 3 FZG).

Wir bitten Sie, dies zu veranlassen und **uns eine Kopie der Austrittsabrechnung zuzustellen.**

Nachfolgend die Zahlstelle der PENSIONS KASSE BERNER NOTARIAT UND ADVOKATUR:

Valiant Bank | **IBAN CH46 0630 0016 6001 4250 3**

Lautend auf: **PK BERNER NOTARIAT UND ADVOKATUR | 3001 Bern**

Wohneigentumsförderung

Ist der Anspruch auf Freizügigkeits- bzw. Vorsorgeleistungen **verpfändet**? Ja Nein

Wenn ja, bitte Kopie des Pfandvertrages beilegen

Wurde die Freizügigkeitsleistung ganz oder teilweise **vorbezogen**? Ja Nein

Wenn ja, Datum und Betrag des Vorbezuges angeben

Bitte Kopie der WEF-Dokumentation beilegen Datum _____ CHF _____

Unterschriften

Ort und Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers _____

Ort und Datum _____ Unterschrift der zu versichernden Person _____

Bitte einsenden an:

PK BERNER NOTARIAT UND ADVOKATUR
c/o **arcasia ag**
Postfach
3001 Bern

PK BERNER NOTARIAT UND ADVOKATUR
c/o **arcasia ag**
Postfach
3001 Bern

E-Mail: pkna@arcasia.ch
Telefon: 031 313 02 02