

## Formular Eintritt in die AVENIRPLUS Sammelstiftung

Eintritt per \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Zu versichernde Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ SV-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Zivilstand seit \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_ Sprache \_\_\_\_\_

### Lohnangaben / Beschäftigungsgrad

AHV-Jahreslohn \_\_\_\_\_

Vorsorgeplan \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad % \_\_\_\_\_

IV-Grad % \_\_\_\_\_

Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig?  Ja  Nein

Bezieht die zu versichernde Person Leistungen einer anderen Sozialversicherung (Eidg. IV, UVG, MVG, ausländische Sozialversicherung)?  Ja  Nein

### Freizügigkeitsleistung / Wohneigentumsförderung

Bisheriger Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Bisherige Vorsorgeeinrichtung \_\_\_\_\_

Wurde ein Vorbezug für Wohneigentum getätigt?  Ja  Nein

Falls ja, Betrag und Datum \_\_\_\_\_

Ist die Freizügigkeitsleistung oder Ansprüche verpfändet?  Ja  Nein

Falls ja, Betrag und Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Arbeitgeber