

Antrag auf freiwillige Weiterversicherung nach Art. 47a BVG

Angaben der versicherten Person

.....
Name bisheriger Arbeitgeber

.....
Name | Vorname

.....
Beginn der Weiterversicherung

.....
Strasse | Nr.

.....
PLZ | Ort

.....
Geburtsdatum

.....
Sozialversicherungs-Nr.

.....
E-Mail

.....
Telefon

Zivilstand: verheiratet eingetragene Partnerschaft geschieden verwitwet ledig

Welche Weiterversicherung wünschen Sie?

- Vorsorgeschutz nur für Risiko: Tod und Invalidität ohne Alterssparen
- Vorsorgeschutz für die gesamte Vorsorge: Risiko Tod und Invalidität sowie Alterssparen

Welchen Jahreslohn möchten Sie versichern?

Der versicherte Jahreslohn kann im Maximum die beim bisherigen Arbeitgeber letzte gemeldete Lohnsumme und im Minimum CHF 22'050 (BVG-Eintrittsschwelle) betragen.

- letzter gemeldeter Jahreslohn
- Jahreslohn von CHF

Notwendige Beilagen

- Kopie des Kündigungsschreibens des Arbeitgebers

Meldepflicht der versicherten Person

Die versicherte Person muss während der Weiterversicherung Folgendes der Pensionskasse melden:

- Antritt einer neuen Stelle und eine damit verbundene Aufnahme in eine andere Pensionskasse
- Leistungen der Invalidenversicherung
- Änderung des Zivilstands
- Änderung der Wohnadresse

Unterschrift

- Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme über die Bestimmungen gemäss unserem «Merkblatt freiwillige Weiterversicherung nach Art. 47a BVG» (abrufbar auf unserer Website)
- Die Kosten für die Weiterversicherung werden vollumfänglich von der versicherten Person getragen. Nach erfolgter Anmeldung sind Sie allein zahlungspflichtig für die Beiträge, welche Ihnen quartalsweise in Rechnung gestellt werden. Kommen Sie Ihrer Zahlungspflicht nicht nach, so wird die Weiterversicherung von der Schweizer KMU Pensionskasse auf denjenigen Monat gekündigt, für den die letzte Beitragszahlung erfolgte.



Bitte reichen Sie dieses Antragsformular der Schweizer KMU Pensionskasse spätestens einen Monat nach Ihrem Ausscheiden aus der obligatorischen beruflichen Vorsorge des bisherigen Arbeitgebers ein.

.....
Ort | Datum

.....
Unterschrift