



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 für Selbständigerwerbende

Diese Eintrittsmeldung muss vor dem 15. des betreffenden Monats zugestellt werden.

Unternehmen

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

Versicherter

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

Anschlussbedingungen

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

Ohne Gegenbericht Ihrerseits werden die Beiträge direkt auf der Beitragszusammenstellung der Apotheke verrechnet.

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

Der Unterzeichner dieses Dokumentes versichert, dass die von ihm gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Über etwaige Änderungen dieser Angaben hat der Unterzeichner 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 : _____