

ANMELDUNG ZUR WEITERFÜHRUNG DER VERSICHERUNG

Dieses Formular muss bis spätestens 3 Monate nach dem Austritt aus der Pensionskasse Hirslanden eingereicht werden um der freiwilligen Versicherung beizutreten.

ANGABEN ZUR VERSICHERTEN PERSON

Nachname / Vorname		Pers.Nr.:	
Wohnadresse			
Kontaktdaten bei Rückfragen	Tel.	E-Mail:	

ANGABEN ZUR FREIWILLIGEN WEITERVERSICHERUNG

Beginn der Weiterversicherung	Datum: _____
Leistungen	<input type="checkbox"/> Risikoversicherung Tod und Invalidität (obligatorisch). Die Risikobeiträge Arbeitnehmer und Arbeitgeber gehen zulasten der versicherten Person. <input type="checkbox"/> Alterssparen (freiwillig). Die Sparbeiträge Arbeitnehmer und Arbeitgeber gehen zulasten der versicherten Person.
Wahl des Vorsorgeplans	<input type="checkbox"/> Vorsorgeplan 1.0 "Standard" <input type="checkbox"/> Vorsorgeplan 1.1 "Plus" (ohne Angabe der Planwahl wird der bisherige Plan weiterversichert)
Wichtige Hinweise	<p>Kommt die versicherte Person ihrer Beitragspflicht nicht nach, wird die Weiterversicherung nach einmaliger Mahnung mit einer Zahlungsfrist von 30 Tagen von der Pensionskasse Hirslanden gekündigt.</p> <p>Nach Art. 11 des Reglements ist die versicherte Person weiterhin verpflichtet, der Pensionskasse unaufgefordert alle für die Nachführung der Versicherungsakten wesentlichen Tatsachen, wie Änderungen der Wohnadresse und des Zivilstands, mitzuteilen.</p>

UNTERSCHRIFT

Versicherte Person

Datum / Unterschrift

Bitte senden Sie diese ausgefüllte und unterzeichnete Erklärung per Post oder per E-Mail an:

Pensionskasse Hirslanden
Boulevard Lilienthal 2
8152 Glattpark

pensionskasse@hirslanden.ch