

Antrag zur Weiterversicherung nach Art. 10.7 des Vorsorgereglements

Nach Stellenverlust infolge Kündigung durch Arbeitgeber UND ab Alter 58

Arbeitgeber

Firma Arbeitgeber-Nr.

Versicherte Person

Name Vorname

Geburtsdatum AHV-Nr.

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Geschlecht Weiblich Männlich Austrittsdatum

Private Telefonnummer E-Mailadresse

Zivilstand:

Ledig Geschieden

Verheiratet Verwitwet

Eingetragene Partnerschaft

Grundvoraussetzungen für eine Weiterversicherung nach Art. 10.7 des Vorsorgereglements der Previs

Ich bestätige, dass mein Arbeitsverhältnis durch den Arbeitgeber aufgelöst wurde Ja Nein
Bitte **Kopie des Kündigungsschreibens des Arbeitgebers** beilegen

Ich bestätige, weiterhin bei der Schweizerischen AHV versichert zu sein Ja Nein

Zusätzliche Angaben für eine Weiterversicherung nach Art. 10.7 des Vorsorgereglements der Previs

Die versicherte Person hat vom Art. 10.7 des aktuellen Vorsorgereglements der Previs Kenntnis genommen und wünscht die Weiterversicherung wie folgt (nur eine Option auswählen):

Risikoleistungen zum letzten gültigen AHV-Lohn Jährlicher AHV-Lohn CHF

Risikoleistungen zu einem tieferen AHV-Lohn Jährlicher AHV-Lohn CHF

Risiko- und Altersleistungen zum letzten gültigen AHV-Lohn Jährlicher AHV-Lohn CHF

Risiko- und Altersleistungen zu einem tieferen AHV-Lohn Jährlicher AHV-Lohn CHF

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Weiterversicherung innerhalb von **30 Tagen nach Erstellung der Austrittsdokumente bei der Stiftung beantragt werden muss**.

Nach Prüfung Ihres Antrages auf Weiterversicherung stellen wir Ihnen die Anschlussvereinbarung sowie die Vereinbarung für das Firmenportal zu. Die Weiterversicherung nach Art. 10.7 erhält ihre Gültigkeit nach Rückerhalt der von beiden Parteien unterzeichneten Verträge.

Gesundheitsfrage

Ich bin zu 100% arbeitsfähig Ich bin arbeitsunfähig zu %

Unterschrift

Mit der Unterschrift bestätigt die versicherte Person, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, und dass sie von den gesetzlichen sowie reglementarischen Bestimmungen Kenntnis genommen hat.

Ort, Datum Unterschrift versicherte Person

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern

Previs Vorsorge
Brückfeldstrasse 16
Postfach
CH-3001 Bern