



Persönliches Aufnahmegesuch

Firma-Nr.: _____ Mitglied-Nr.: **(leer lassen)** _____
Firma (Name): _____
Zuständige Person: _____ E-Mail: _____
Strasse/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____ / _____
Telefon: _____
Berufsverband: SIA STV BSA FSAI USIC SwissTnet
Offert-Nr.: _____

Zu versichernde Person

Versicherungsbeginn: (01./16. eines Monats) _____
Personenkreis (PK): _____ Sprache: _____
Name/Vorname: _____
Privatadresse: _____ Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
AHV-Nr.: 756. _____
Zivilstand: _____ Heiratsdatum: _____
Selbständige Erwerbstätigkeit: Neuaufnahme im Haupterwerb im Nebenerwerb keine
Für Selbständigerwerbende: _____ Freiwillige BVG-Unterstellung Ja

Lohnangaben

Massgebender AHV-Jahreslohn (auf ein ganzes Jahr hochgerechnet/dem effektiven Beschäftigungsgrad entsprechend)

CHF _____ Versicherter Lohn: CHF _____

Beschäftigungsgrad: _____ %

Versicherungsplan (nur bei Neuanschlüssen von Firmen oder bei Änderungen des bestehenden Planes auszufüllen)

Beitragsplan (nachfolgend eine Auswahl an Plänen; weitere Planvarianten auf Nachfrage bei der Geschäftsstelle)

- Normal-Plan mit konstantem Sparbeitrag (z.B. 10/12/14/16/18/20%): _____ %
 Normal-Plan mit steigendem Sparbeitrag
 6/8/11/13% 8/10/12/14% 10/12/14/16%
 BVG-Plan - versicherter Lohn nach oben begrenzt Ja Nein
 7/10/15/18% 8/11/16/19%
 Risiko-Plan (nur für 18- bis 24-Jährige)

Beitragsanteil Arbeitgeber: _____ %

Koordinationsabzug entsprechend dem Beschäftigungsgrad: Ja Nein

Wartefrist für die Invalidenrente: 6 Monate 24 Monate*

*BVG2, Art. 26: Dies ist nur möglich, wenn das Taggeld der Krankenversicherung mindestens 80% des Lohnes beträgt und die Taggeldversicherung vom Arbeitgeber mindestens zur Hälfte mitfinanziert wird.

Zusatzversicherung: Mindest-Invalidenrente in % des
 AHV-Bruttogehaltes versicherten Lohnes Höhe: 30% 40% 50% 60%

Bestätigung des Arbeitgebers

Ort und Datum: _____ Unterschrift Arbeitgeber: _____



ptv cpat

Firma / Mitglied Nr.: _____

Die Vertrauliche Erklärung ist der PTV innert 30 Tagen vollständig ausgefüllt und unterschrieben einzureichen. Besten Dank.

Vertrauliche Erklärung

1. Sind Sie gegenwärtig vollständig gesund und voll arbeitsfähig? Ja Nein
Wenn nein, warum nicht? _____
2. Wie hoch ist die körperliche Belastung in Ihrer aktuellen resp. anzutretenden Anstellung? leicht mittel schwer
3. Waren Sie in den letzten fünf Jahren oder sind sie aktuell in medizinischer und/oder psychologischer Betreuung? Ja Nein
Wenn ja, weshalb? _____
- Nahmen Sie in den letzten fünf Jahren oder aktuell Medikamente ein (Einnahme länger als einen Monat)? Ja Nein
Wenn ja, welche und weshalb? _____
- Name und Adresse der behandelnden Personen (Ärzte): _____
4. Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen Ihre berufliche Tätigkeit während der letzten fünf Jahre länger als 10 Tage unterbrechen oder Ihren Beruf ändern müssen? Ja Nein
Wenn ja, weshalb? _____
- Name und Adresse der behandelnden Personen (Ärzte): _____
5. Stehen aktuelle Vorsorgeleistungen unter einem medizinischen Vorbehalt? Ja Nein
Wenn ja, bei welcher Vorsorgeeinrichtung und weshalb? _____
6. Beziehen Sie aktuell Invaliditätsleistungen? Ja Nein
Haben Sie früher Invaliditätsleistungen bezogen? Ja Nein
Wenn ja, wann und warum? _____
- Haben Sie sich bei der Eidg. Invalidenversicherung (IV), der Unfallversicherung oder einem ausländischen Versicherungsträger angemeldet? Ja Nein
Wie ist der Stand des Verfahrens? _____
Name/Adresse IV/UV/Versicherer: _____
7. Haben Sie bei einer Vorsorge- oder Freizügigkeitseinrichtung der 2. Säule Leistungen für Wohneigentum
- vorbezogen und noch nicht zurückbezahlt? Ja Nein
Falls ja: Höhe des Vorbezugs: _____ Zeitpunkt: _____
- verpfändet? Ja Nein
Falls ja: verpfändeter Betrag: _____ Zeitpunkt: _____
Name Pfandgläubiger: _____
8. Haben Sie in den letzten drei Jahren vor Eintritt in unsere Pensionskasse Einmaleinlagen in die berufliche Vorsorge einbezahlt bzw. vom Arbeitgeber erhalten? Ja Nein
Falls ja: Höhe der Einlage: _____ Datum: _____
9. Bisheriger Arbeitgeber / bisherige Arbeitgeberin
Name und Adresse _____
Bisherige Vorsorgeeinrichtung
Name und Adresse _____

Der vertrauensärztliche Dienst der Pensionskasse der Technischen Verbände SIA STV BSA FSAI USIC (PTV), die Health & Medical Service AG, Bollwerk 4, 3011 Bern, wird ermächtigt, Auskünfte über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person beim Eintritt in die Versicherung einzuholen. Die zu versichernde Person entbindet in diesem Zusammenhang alle behandelnden Personen (Ärzte, Psychotherapeuten, Chiropraktoren) sowie medizinischen Institutionen vom Berufsgeheimnis sowie alle anderen Versicherungsgesellschaften von der Schweigepflicht. Die Gültigkeit des Versicherungsverhältnisses hängt von der Richtigkeit der gemachten Angaben ab. Falsche Angaben können dazu führen, dass die PTV die Leistungen verweigert oder auf das BVG-Minimum reduziert.

Ort und Datum:

Unterschrift der zu versichernden Person:

Name in Blockschrift:

E-Mail / Mobil-Nr. für Rückfragen: _____