



ptv cpat

Pensionskasse der
Technischen Verbände
SIA STV BSA FSAI USIC

Caisse de Prévoyance
des Associations Techniques
SIA UTS FAS FSAI USIC

Postfach 1023 | 3000 Bern 14

Persönliches Aufnahmegesuch

Firma-Nr.: _____ Mitglied-Nr.: **(leer lassen)** _____

Arbeitgeber: _____

Zuständige Person: _____ E-Mail: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____ / _____

Telefon/Fax: _____ / _____

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 Nein

Lohnangaben

Massgebender AHV-Jahreslohn: CHF _____ Versicherter Lohn: CHF _____

(auf ein ganzes Jahr hochgerechnet)

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*

*BVV2, 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: _____

DURCH DIE ZU VERSICHERNDE PERSON AUSZUFÜLLEN UND EINZUREICHEN

Vertrauliche Erklärung

1. Sind Sie gegenwärtig vollständig gesund und voll arbeitsfähig? Ja Nein
Wenn nein, warum nicht? _____

2. Mussten Sie während der letzten fünf Jahre medizinisch und/oder psychologisch behandelt werden? Ja Nein
Wenn ja, weshalb? _____

Mussten Sie während der letzten fünf Jahre regelmässig Medikamente einnehmen? Ja Nein

Name und Adresse der behandelnden Personen (Ärzte): _____

3. 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): _____

4. Stehen aktuelle Vorsorgeleistungen unter einem medizinischen Vorbehalt? Ja Nein
Wenn ja, bei welcher Vorsorgeeinrichtung und weshalb? _____

5. 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) oder bei der Unfallversicherung für einen Leistungsbezug angemeldet? Ja Nein

Zuständige IV-/UV-Stelle: _____

Zuständige Pensionskasse: _____

6. 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: _____

7. 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: _____

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 8. Bisheriger Arbeitgeber | Bisherige Vorsorgeeinrichtung |
| Name und Adresse | Name und Adresse |

Der Vertrauensarzt der Pensionskasse der Technischen Verbände SIA STV BSA FSAI USIC (PTV) 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: _____