

Eintrittsmeldung

Dieses Formular ist ausgefüllt und unterzeichnet der PK SAV einzureichen. Bei einer Jahreslohnsomme ab CHF 200'000 ist das Formular der Mobiliar „Anmeldung/Gesundheitserklärung zur Kollektivversicherung“ sowie der Versicherungsausweis des Vorversicherers einzureichen.

**Name Arbeitgeber/
Name Selbständigerwerbender** _____

Kontaktperson / Tel. Nr. _____

Angaben über die zu versichernde Person

Vertrags-Nr. _____

Versichert als	<input type="checkbox"/> Selbständigerwerbend	<input type="checkbox"/> Arbeitnehmer	
Personengruppe Gemäss Formular „Vorsorgeplanwahl“ als Beilage zum Anschlussvertrag			
Funktion in der Kanzlei	<input type="checkbox"/> Selbständigerwerbend	<input type="checkbox"/> Kader	
	<input type="checkbox"/> Angestellter Anwalt	<input type="checkbox"/> übriges Personal	
Name			
Vorname			
Privatadresse (Strasse, PLZ und Ort)			
Geburtsdatum	AHV-Nummer		
Sprache	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> französisch	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Zivilstand <small>*Das Konkubinat muss mit dem Formular „Bestätigung der Lebenspartnerschaft“ der PK SAV gemeldet werden.</small>	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Konkubinat*
	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	
	<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft		
	<input type="checkbox"/> gerichtlich aufgelöste Partnerschaft		
	<input type="checkbox"/> durch Tod aufgelöste Partnerschaft		
Heiratsdatum/Datum eingetragener Partnerschaft			
Name und Geburtsdatum Partner/in (für verheiratete Personen sowie bei eingetragener Partnerschaft)			
Anzahl Kinder (jünger als 25)			
Versicherungsbeginn			
Massgebender AHV-Jahreslohn - Für Selbständigerwerbende: AHV-Bruttoeinkommen - Für Angestellte: AHV-Bruttolohn			
Beschäftigungsgrad in %	%		
Mitglied SAV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Eintrittsmeldung

Vertrags-Nr. _____

Name	
Vorname	

Freizügigkeitsleistung (aus früheren Vorsorgeeinrichtungen)

Bestand schon eine Versicherung im Rahmen der beruflichen Vorsorge (BVG)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja: Name und Adresse der bisherigen Pensionskasse (bitte Kopie der Freizügigkeitsabrechnung beilegen)	
Haben Sie Freizügigkeitsleistungen zu transferieren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die bisherige Vorsorgeeinrichtung muss angewiesen werden, die Freizügigkeitsleistung an die: <i>Pensionskasse Schweizerischer Anwaltsverband (PK SAV), 3011 Bern, PC-Konto CH73 0900 0000 4003 6439 2</i> , zu überweisen.	
Wohneigentumsförderung (WEF): Bereits getätigte Fälle	<input type="checkbox"/> Vorbezug CHF: <input type="checkbox"/> Verpfändung Valuta:

Gesundheitsfragen

Sind Sie per Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig, bzw. erwerbsfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ⇒ Seit:
Besteht eine Invalidität (z.B. IV, UV, MV)? Wenn ja, entsprechende Verfügung(en) beilegen	<input type="checkbox"/> ja ⇒ IV-Grad: % <input type="checkbox"/> nein
Bestand ein Gesundheitsvorbehalt bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung?	<input type="checkbox"/> ja ⇒ Bis Ende: <input type="checkbox"/> nein

Nur von Selbständigerwerbenden auszufüllen:

Per wann haben Sie Ihre selbständige Erwerbstätigkeit aufgenommen? Bitte genaues Datum angeben	
Waren Sie vor der Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit während mindestens sechs Monaten der obligatorischen Versicherung gemäss BVG unterstellt und haben Sie sich unmittelbar danach freiwillig versichert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Stempel und Unterschrift

Stempel und Unterschrift

Arbeitgeber/
Selbständigerwerbender

Ort und Datum

Arbeitnehmer

PK SAV

Ort und Datum

Der Arbeitgeber/Selbständigerwerbende und die zu versichernde Person erklären, die oben gestellten Fragen verstanden zu haben. Sie bestätigen zudem die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und nehmen davon Kenntnis, dass bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben die PK SAV im Rahmen der reglementarischen Bestimmungen die Ausrichtung von Leistungen reduzieren oder verweigern sowie Schadenersatzansprüche geltend machen kann.

Wenn die Eintrittsmeldung mehr als 4 Wochen vor dem Eintrittsdatum erfolgt, hat der Versicherte schriftlich zu bestätigen, dass er per Eintrittsdatum voll arbeitsfähig ist.