

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 *Das Konkubinat muss mit dem Formular „Bestätigung der Lebenspartnerschaft“ der PK SAV gemeldet werden.	<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	

Ort und Datum

Unterschrift Arbeitgeber/Selbständigerwerbender

Unterschrift PK SAV

Der Arbeitgeber/Selbständigerwerbende bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und nimmt 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.

Die Rückseite ist zwingend durch die zu versichernde Person auszufüllen!

Eintrittsmeldung (durch die zu versichernde Person auszufüllen)

Vertrags-Nr. _____

Name und Vorname	
Geburtsdatum	

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 Für die Fragen 1. und 2.1./2.2. sind Mandel- und Blinddarmentzündungen, Grippe, Erkältungskrankheiten, Mumps, Masern, Röteln sowie Windpocken nicht zu deklarieren.

1. Sind sie gegenwärtig vollständig gesund und voll arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.1. Standen Sie in den letzten fünf Jahren oder stehen Sie in einer medizinischen oder psychologischen Behandlung oder ist eine solche vorgesehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2.2. Haben Sie aus gesundheitlichen Gründen Ihre berufliche Tätigkeit während der letzten fünf Jahre länger als 30 Tage unterbrechen müssen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt aus gesundheitlichen Gründen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.1. Beziehen Sie aktuell Invaliditätsleistungen? (Falls ja, bitte Verfügung beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.2. Haben Sie früher Invaliditätsleistungen bezogen? (Falls ja, bitte Verfügung beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4.3. Haben Sie sich bei der eidg. Invalidenversicherung (IV) oder bei der Unfallversicherung für einen Leistungsbezug angemeldet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ziffer	Grund/Verletzung	Datum	Geheilt ja/nein	Bestehende Folgen	Name und Adresse der konsultierten Fachperson

Der Vertrauensarzt der PK SAV bzw. deren Rückversicherer wird ermächtigt, Auskünfte über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person bei 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 PK SAV die Leistungen verweigert oder auf das BVG-Minimum reduziert.

Wenn die Eintrittsmeldung mehr als 4 Wochen vor dem Eintrittsdatum erfolgt, müssen die Gesundheitsfragen nochmals beantwortet werden.

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

Die zu versichernde Person erklärt, die oben gestellten Fragen verstanden zu haben. Sie bestätigt zudem die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und nimmt 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.

Ort und Datum	Unterschrift der zu versichernden Person
----------------------	---