

# Anmeldung zur freiwilligen Weiterversicherung gemäss Art. 12a Vorsorgereglement

## Versicherte Person

_____ Name	_____ Versicherungsnummer
_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Adresse	_____ Sozialversicherungsnummer
	<input type="text"/> Zivilstand

## Freiwillige Weiterversicherung aufgrund Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber nach vollendetem 55. Altersjahr

Versichert werden soll:

der bisherige versicherte Jahreslohn:	Betrag CHF	_____
ein tieferer Jahreslohn:	Betrag CHF	_____

Es ist nicht möglich einen höheren als den bisherigen versicherten Jahreslohn zu versichern.

Risikoversicherung Tod und Invalidität (obligatorisch); die Risikobeiträge Arbeitnehmer und Arbeitgeber gehen zulasten der versicherten Person, und

Altersversicherung (freiwillig); die Sparbeiträge Arbeitnehmer und Arbeitgeber gehen zulasten der versicherten Person.

Dieses Formular ist zusammen mit der Kopie des Kündigungsschreibens des Arbeitgebers oder der Kündigungsvereinbarung innert zweier Monate ab Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis der Pensionskasse Post zuzustellen.

_____ Ort, Datum	<b>X</b> _____ Unterschrift der versicherten Person
---------------------	---

Für Rückfragen bitte angeben:

_____ E-Mail	_____ Telefon
-----------------	------------------

Bitte das Formular gut leserlich, vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden. Danke!