

# Anmeldung zur freiwilligen Weiterversicherung gemäss Art. 12a Vorsorgereglement



**Pensionskasse** Post  
**Caisse de pensions** Poste  
**Cassa pensioni** Posta

## Versicherte Person

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
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

✗

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person

Für Rückfragen bitte angeben:

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

