

Anmeldung zur freiwilligen Weiterversicherung gemäss Art. 12a Vorsorgereglement

Versicherte Person

_____	_____
Name	Versicherungsnummer
_____	_____
Vorname	Geburtsdatum
_____	_____
	Sozialversicherungsnummer
_____	<input type="text"/>
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 versicherter Jahreslohn:	Betrag CHF	_____
(nicht tiefer als der minimal versicherte Lohn)		

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.

_____	X
Ort, Datum	Unterschrift der versicherten Person

Für Rückfragen bitte angeben:

_____	_____
E-Mail	Telefon

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