Profond

Profond Vorsorgeeinrichtung
Zollstrasse 62
8005 Zürich
T 058 589 89 81

Profond Institution de prévoyance
Avenue de la Rasude 5
1006 Lausanne
T 058 589 89 81

Anmeldung für die Weiterversicherung nach Art. 7b Vorsorgereglement resp. Art. 47a BVG

Arbeitgeber

Firma _____ Vertrags-Nr. _____

Betrifft ☐ Basisvorsorge ☐ Zusatzvorsorge ☐ _____

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Geburtsdatum _____ SV-Nr. _____

AHV-Jahreslohn

AHV-Jahreslohn, CHF _____ gültig ab _____ Beschäftigungsgrad _____ %

Die versicherte Person kann verlangen, dass für die gesamte Vorsorge (Spar- und Risikoversicherung) ein tieferer als der bisherige AHV-Lohn versichert wird, wobei der Risikolohn mindestens drei Viertel der maximalen AHV-Altersrente entsprechen muss. Es besteht die Möglichkeit, den herabgesetzten Lohn später wieder zu erhöhen.

Weiterführung der Versicherung

Gültig ab _____

☐ Weiterführung Spar- und Risikoversicherung (**ohne** Weiterführung der Sparbeiträge). Der Sparprozess kann nach Beendigung wieder aufgenommen werden.

☐ Weiterführung Spar- und Risikoversicherung (**mit** Weiterführung der Sparbeiträge)

Bestätigung

Mit der Unterzeichnung bestätigt die versicherte Person, dass das Arbeitsverhältnis durch den Arbeitgeber aufgelöst wurde, und dass sie Folgendes zur Kenntnis genommen hat:

- Die reglementarischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge (inkl. der Verwaltungskostenbeiträge) sind vollumfänglich von der versicherten Person zu leisten. Die Beitragserhebung erfolgt quartalsweise.
- Hat die Weiterversicherung mehr als zwei Jahre gedauert, so ist ein Vorbezug oder eine Verpfändung für Wohneigentum nicht mehr möglich und die Altersleistung muss in Rentenform bezogen werden.
- Die freiwillige Weiterversicherung ist nicht anwendbar auf Grenzgänger. Nur wer Wohnsitz in der Schweiz hat respektive der AHV unterstellt ist, kann sich freiwillig weiterversichern. Wird der Wohnsitz der versicherten Person während der Dauer der Weiterversicherung ins Ausland verlegt, ist dies Profond zu melden.

Bemerkungen

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der versicherten Person