

Meldeformular Weiterversicherung bei Stellenverlust nach Vollendung des 58. Altersjahres

Arbeitgeber _____ Vertrag-Nr. _____

Angaben der versicherten Person

Name _____ Vorname _____
 Strasse _____ PLZ/Ort _____
 Telefon _____ Geburtsdatum _____
 Zivilstand _____ Zivilstandsdatum _____

Weiterversicherung bei Stellenverlust (gemäss Artikel 47a BVG)

Sie haben das 58. Altersjahr bereits vollendet und Ihr Arbeitsverhältnis wurde durch den Arbeitgeber gekündigt. Sie möchten Ihre **Vorsorge bei der Stiftung weiterführen** und informieren diese bis spätestens einen Monat nach Beendigung Ihres Arbeitsverhältnisses (Ende Beitragspflicht). Die Weiterversicherung ist längstens bis zum ordentlichen Pensionierungsalter möglich. Hat die Weiterversicherung mehr als zwei Jahre gedauert, so müssen die Vorsorgeleistungen in Rentenform bezogen werden und die Austrittsleistung kann nicht mehr für Wohneigentum zum eigenen Bedarf vorbezogen oder verpfändet werden. Vorbehalten bleiben reglementarische Bestimmungen, welche die Ausrichtung der Leistungen nur in Kapitalform vorsehen.

Versicherungsumfang und Lohndaten

Nahtlose Weiterversicherung gültig ab (Datum): _____

Versicherbarer Lohn: wie bisher **oder** CHF _____ (Jahreslohn)

Muss tiefer sein als bisheriger Lohn und höher als die BVG-Eintrittsschwelle von CHF 21'510 (Stand 2021)

Weiterführung nur **Risikoversicherung:** **Risikobeiträge** und Verwaltungskosten sind fällig

Weiterführung **Risiko- und Altersversicherung:** **Risiko- und Sparbeiträge** sowie Verwaltungskosten sind fällig

Bestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich gemäss obigen Angaben die Weiterversicherung gemäss Artikel 47a BVG wünsche und das Merkblatt «Freiwillige Weiterversicherung bei Stellenverlust nach Vollendung des 58. Altersjahres» gelesen habe. Zudem bin ich mir bewusst, dass ich die zu entrichtenden Beiträge zu 100 % selber bezahlen muss. Ich nehme ebenfalls zur Kenntnis, dass die Stiftung bei Vorliegen von Beitragsausständen die Weiterversicherung kündigen kann bzw. bei Nichtbezahlung der Risikobeiträge und Verwaltungskosten innert 30 Tagen nach Versand der Rechnung die Versicherungsdeckung erlischt.

Ort/Datum _____

Unterschrift versicherte Person _____