

Pensionskasse

Firma

**DIVOR AG**  
Postfach  
5405 Baden-Dättwil

## 1. Personalien der zu versichernden Person

Name

Strasse

AHV-Nr.

Eintritt Firma

Vorname

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Eintritt Stiftung

(nur auf den 1. eines Monats möglich)

Geschlecht  weiblich  männlich

Zivilstand  ledig  verheiratet seit \_\_\_\_\_  geschieden  verwitwet

in eingetragener Partnerschaft seit \_\_\_\_\_  in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft

in durch Tod aufgelöster Partnerschaft

Unterhaltspflicht  ja  nein

Sprache  deutsch  französisch  italienisch  englisch

## 2. Gesundheitszustand

- a) Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig?  ja  nein  
(wenn nein, bitte Formular "Gesundheitsprüfung" ausfüllen)
- b) Bezieht sie Leistungen der IV, MV oder gemäss UVG oder sind Ansprüche hängig?  ja  nein  
(wenn ja, bitte Kopie der Verfügung beilegen)
- c) Besteht ein gesundheitlicher Vorbehalt aus einer früheren Pensionskasse?  ja  nein  
(wenn ja, bitte Kopie der Mitteilung über den Vorbehalt beilegen)

## 3. Lohnangaben

Jahreslohn CHF  Beschäftigungsgrad  100 %   %

## 4. Weitere Vorsorgeverhältnisse

Ist die zu versichernde Person noch in weiteren Pensionskassen in der Schweiz versichert?  ja  nein  
(Die zu versichernde Person muss jede ihrer Vorsorgeeinrichtungen über die Gesamtheit ihrer Vorsorgeverhältnisse informieren. Falls die Frage bejaht wird, nimmt die Pensionskasse bei der zu versichernden Person allenfalls nähere Abklärungen vor.)

## 5. Freizügigkeitsleistung

Name und Adresse der bisherigen Vorsorgeeinrichtungen (evtl. Kopie der Austrittsabrechnung beilegen):

Die versicherte Person ist gemäss Art. 4 2bis FZG verpflichtet, die Freizügigkeitsleistung der bisherigen Vorsorgeeinrichtung an die neue Vorsorgeeinrichtung überweisen zu lassen! Ein Formular zur Überweisung Ihrer Freizügigkeitsleistung an die DIVOR AG erhalten Sie bei Ihrem Arbeitgeber.

## 6. Wohneigentumsförderung mit Mitteln der beruflichen Vorsorge

Wurde bereits ein Vorbezug bzw. eine Verpfändung für Wohneigentum beansprucht?  ja  nein

## 7. Unterschriften

Ort und Datum	Versicherte Person (Unterschrift)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort und Datum	Firma (Stempel und Unterschrift)
<input type="text"/>	<input type="text"/>