

Anmeldung Festangestellte

Betrieb Nr. _____
Vertrag Nr. _____ /

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte Person

Name Vorname AHV-Nummer

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

m w

- Zivilstand
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> geschieden |
| <input type="checkbox"/> verheiratet seit | <input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | <input type="checkbox"/> in durch Tod aufgelöster Partnerschaft |
| | <input type="checkbox"/> in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft |

Eintritt beim unterzeichneten Arbeitgeber

Name und Adresse des letzten Arbeitgebers

**Angaben über das
Vorsorgeverhältnis**

Lohn
Voraussichtlicher AHV-Jahreslohn CHF Beschäftigungsgrad in %

Planvariante

- Plan A Plan B Plan C

**Übertragung
Freizügigkeits-
leistung**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Die Freizügigkeitsleistung wurde von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung überwiesen auf Postkonto 85-785090-6 (IBAN CH74 0900 0000 8578 5090 6) oder Bankkonto Nr. 0835-0865804-91-000 (IBAN CH16 0483 5086 5804 9100 0) bei Credit Suisse, Zürich (Clearing Nr. 4835) der AXA Leben AG, Vermerk «vorsorgestiftung film und audiovision» | <input type="checkbox"/> Die Freizügigkeitsleistung wird von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung überwiesen auf Postkonto 85-785090-6 (IBAN CH74 0900 0000 8578 5090 6) oder Bankkonto Nr. 0835-0865804-91-000 (IBAN CH16 0483 5086 5804 9100 0) bei Credit Suisse, Zürich (Clearing Nr. 4835) der AXA Leben AG, Vermerk «vorsorgestiftung film und audiovision» |
|---|--|

Arbeitsfähigkeit

Voll arbeitsfähig
 Ja Nein

Für Personen, die nicht voll arbeitsfähig sind, ist zwingend das Formular «Ergänzung zur Anmeldung» auszufüllen.

Beiträge

Der Beitrag für die Vorsorge geht je zur Hälfte zu Lasten der versicherten Person und ihres Arbeitgebers.

Der Arbeitgeber nimmt zur Kenntnis, dass er die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge der Durchführungsstelle zu überweisen hat.

Unterschrift

Die oben aufgeführten Angaben wurden geprüft und in Ordnung befunden.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Senden an

vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur