

# Eintritt

Seite 1 | 3

Diese Seite ist durch den Arbeitgeber unter Mithilfe der zu versichernden Person auszufüllen und zu unterzeichnen.

## Angaben der zu versichernden Person

Arbeitgeber

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer (13-stellig)

756.

Telefon

E-Mail

Versicherungsbeginn

Beginn des Arbeitsverhältnisses

Beschäftigungsgrad

%

Anrechenbarer Jahreslohn (aufgerechnet auf das volle Kalenderjahr)

CHF

### Geschlecht

- Weiblich  
 Männlich

### Zivilstand

- Ledig  
 Verheiratet  
 Eingetragene Partnerschaft  
 Geschieden  
 Gerichtlich aufgelöste Partnerschaft  
 Verwitwet

Seit

Name und Geburtsdatum der Ehepartnerin / des Ehepartners bzw. der eingetragenen Partnerin / des eingetragenen Partners

Ist die zu versichernde Person zurzeit voll arbeitsfähig?

- Ja  Nein

► Falls NEIN, bitte die Gesundheitserklärung von der zu versichernden Person ausfüllen und unterzeichnen lassen.

Hat die zu versichernde Person einen anrechenbaren Jahreslohn von mindestens CHF 500'000?

- Ja  Nein

► Falls JA, bitte die Gesundheitserklärung von der zu versichernden Person ausfüllen und unterzeichnen lassen.

---

## Angaben zur bisherigen Vorsorgeeinrichtung

Die bisherige Vorsorgeeinrichtung ist verpflichtet, die Freizügigkeitsleistung im Rahmen der 1e-Guthaben an die Katharinen Pensionskasse II zu überweisen (Art. 3 FZG; Art. 1e BVV 2). Wir bitten Sie, dies zu veranlassen und uns eine Kopie der Austrittsabrechnung zuzustellen.

Name der bisherigen Vorsorgeeinrichtung

Strasse / Nr.

---

---

PLZ / Ort

---

## Eintrittsleistungen

Die zu versichernde Person nimmt zur Kenntnis, dass sie gemäss Freizügigkeitsgesetz verpflichtet ist, die vorgehende Vorsorgeeinrichtung wie auch die Freizügigkeitseinrichtungen der Banken und Versicherungsgesellschaften über diesen Eintritt zu informieren und ihnen die nötigen Angaben zur Überweisung der bisher vorhandenen Freizügigkeitsleistungen zu geben.

## Zahlungsinstruktion

**Bitte bei der Zahlungsmitteilung angeben: Name, Vorname und Sozialversicherungsnummer**

Name und Adresse der Bank

Zu Gunsten von

---

---

IBAN

---

---

## Angaben zur Wohneigentumsförderung

Ist der Anspruch auf Freizügigkeits- bzw. Vorsorgeleistung **verpfändet**?

Ja  Nein

► **Wenn ja, bitte Kopie des Pfandvertrags beilegen**

Wurde die Freizügigkeitsleistung ganz oder teilweise **vorbezogen**?

Ja  Nein

► **Wenn ja, Datum und Betrag des Vorbezugs**

Datum

CHF

---

---

## Unterschriften

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Arbeitgeber

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der zu versichernden Person