

ANMELDUNG ZUM BVG-PLAN

(Diese Anmeldung ist von der zu versichernden Person wahrheitsgetreu auszufüllen und unterschrieben an die Geschäftsstelle der Pensionskasse für Journalisten, Postfach, 1701 Freiburg, einzusenden.)

Allgemeine Angaben

Soz.-Nr./Geburtsdatum: 756. _____ //

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort, Land: _____

Tel.Nr. / Fax Nr. / E-mail: _____ //

Sind Sie Medienschaffende(r)? Ja / Nein

Wenn nein, bei welcher Journalistenorganisation sind Sie Mitglied (obligatorisch)? _____ (Abkürzung)

Eintrittsdatum:

auf einen Monatsersten _____



Gestützt auf die Bestimmungen des Freizügigkeitsgesetzes ist die versicherte Person verpflichtet, zu veranlassen, dass alle Freizügigkeitsleistungen (frühere Pensionskasse, Freizügigkeitskonti, Freizügigkeitspolice) auf die Pensionskasse für Journalisten übertragen werden (Postkonto 17-4306-7).



Frühere Vorsorgeeinrichtungen/Freizügigkeitseinrichtungen: (Wenn möglich, bitte Austrittsrechnung beilegen)

Name: 1. _____ 2. _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

Zuständige Person: _____

Wurde in der Vergangenheit von einer Vorsorge- oder Freizügigkeits-Einrichtung ein gesundheitlicher Vorbehalt angebracht? ja/nein (bitte zutreffendes unterstreichen)

Erforderliche Angaben gemäss Freizügigkeitsgesetz und Wohneigentumsförderungsgesetz

Zivilstand: _____

Gegebenenfalls Datum der zivilen Trauung: _____

Lastet eine Verpfändung auf Ihren Freizügigkeitsleistungen? 0 ja 0 nein

Haben Sie ein Teil Ihres Freizügigkeitsguthabens vorbezogen? 0 ja 0 nein

Die zu versichernde Person ermächtigt ihre Auftrag-/Arbeitgeber, die entsprechenden und aus dem Reglement ersichtlichen Beiträge von ihrem AHV-pflichtigen Honorar abzuziehen und sie zusammen mit den gleich hohen Auftrag-/Arbeitgeberbeiträgen der Pensionskasse für Journalisten zu überweisen.

Die zu versichernde Person erklärt, dass sie im gegenwärtigen Zeitpunkt (bitte zutreffendes ankreuzen)

voll arbeitsfähig ist nicht voll arbeitsfähig ist im Sinne der IV invalid ist, zu _____%

und nimmt zur Kenntnis, dass die Pensionskasse für Journalisten jede Haftung für Folgen ablehnt, welche sich aus verspäteter Anmeldung oder aus wahrheitswidrigen oder unvollständigen Angaben ergeben können.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
(zu versichernde Person)

Benötigte Anzahl Daueranweisungsformulare: _____ (1 Ex.pro Arbeit-/Auftraggeber)