



Pensionskasse SAV  
Postfach 6124  
Rue Pedro-Meylan 7  
1211 Genf 6

Tel.: 058 255 30 80  
Fax: 058 255 30 89  
info@pksav.ch  
www.pksav.ch

#### Zur internen Nutzung

Versichertennummer : \_\_\_\_\_  
Vorbearbeitung :   
Mupe ok :   
Seite Versicherter :

## Eintrittsmeldung für Selbständigerwerbende

Diese Eintrittsmeldung muss vor dem 15. des betreffenden Monats zugestellt werden.

### Unternehmen

Name : \_\_\_\_\_ Unternehmen Nr. : \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. : \_\_\_\_\_ Ansprechpartner : \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort : \_\_\_\_\_ Telefonnummer : \_\_\_\_\_

### Versicherter

Frau  Herr      Unterlagen :  Französisch  Deutsch  Italienisch  
Nachname : \_\_\_\_\_  
Vorname : \_\_\_\_\_      Zivilstand :  ledig  verheiratet  geschieden  
Strasse, Nr. : \_\_\_\_\_  getrennt lebend  verwitwet  
PLZ / Ort : \_\_\_\_\_  Sonstiges : \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. : 756. \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ Datum der Ziviltrauung : \_\_\_\_\_

### Anschlussbedingungen

Anschlussdatum : \_\_\_\_\_ Brutto-AHV-Jahreslohn : CHF \_\_\_\_\_  
(zum 1. des Monats) (einschl. 13. Monatslohn und Gratifikation)  
Beschäftigungsgrad : \_\_\_\_\_ %  
Versicherter Lohn      Versicherter Jahreslohn : CHF \_\_\_\_\_  
(bestimmt gemäss Kollektiv oben)

**Ohne Gegenbericht Ihrerseits werden die Beiträge direkt auf der Beitragszusammenstellung der Apotheke verrechnet.**

### Frühere Mitgliedschaft

Laut Gesetz verpflichtet sich der Versicherte durch seine Unterschrift, bei der Aufnahme die Überweisung aller Freizügigkeitsleistungen auf unser Konto IBAN-Nr. CH18 0900 0000 1200 3402 4 zu veranlassen. (Ein Einzahlungsschein wird Ihnen zugestellt).

Ist der Versicherte bereits bei der Pensionskasse SAV gemeldet?

ja, Versichertennummer : \_\_\_\_\_  nein

Ist der Versicherte bereits bei einer anderen Stiftung gemeldet?

ja, Name der Stiftung : \_\_\_\_\_  nein

Der Unterzeichner dieses Dokumentes versichert, dass die von ihm gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Über etwaige Änderungen dieser Angaben hat der Unterzeichner die Kasse unverzüglich zu informieren. Bei unvollständig oder unrichtig gemachten Angaben kann diese im Rahmen der bestehenden Gesetze und/oder des Reglements die Leistungen reduzieren oder auch ganz ablehnen sowie Schadensersatzansprüche geltend machen.

Ort und Datum : \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten : \_\_\_\_\_