

Vorsorgewerk der proparis Vorsorge-Stiftung Gewerbe Schweiz, Bern

Antrag WEF-Zusatzversicherung

Arbeitgeber:

Mitglied-Nr.:

Planwahl Mit / Ohne Unfalldeckung:

1. Personalien der versicherten Person

Sozialversicherungsnummer

Name, Vorname

Strasse, Nr.

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Datum der Eheschliessung / Eintragung der Partnerschaft:

2. Versicherungsbeginn:

Tag / Monat / Jahr

3. Versicherte jährliche Rente (auf 1'000 CHF gerundet):

CHF

4. Arbeitgeber

Die Beiträge für die Zusatzversicherung werden vollständig vom Versicherten getragen. Der Arbeitgeber ist damit einverstanden, dass er die Beiträge der Durchführungsstelle zu überweisen hat.

Unterschrift des Arbeitgebers:

5. Der zu versichernde Arbeitnehmer erklärt, dass er im heutigen Zeitpunkt

voll arbeitsfähig

nicht voll arbeitsfähig*

im Sinne der IV invalid**

* bitte Arztzeugnis beilegen **bitte IV-Entscheid beilegen

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

Die antragstellende Person hat den separaten Gesundheitsfragebogen auszufüllen und zusammen mit diesem Formular direkt der Pensionskasse zuzustellen.