

Datum der Auflösung des Arbeitsverhältnisses: _____

Versicherter Jahreslohn und Beiträge

Die Beiträge bemessen sich am versicherten Jahreslohn. Der versicherte Jahreslohn ist auf Ihrem jährlichen Vorsorgeausweis aufgeführt. Der für die Weiterversicherung massgebende Jahreslohn entspricht jenem bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses.

Bitte kreuzen Sie an:

- Ich führe nur die Risikoversicherung weiter und leiste keine Sparbeiträge
- Ich führe den Sparprozess weiter und leiste Risiko und Sparbeiträge

Ende der Versicherung

Die Weiterversicherung endet ohne Nachdeckung:

- durch Kündigung des Versicherten;
- durch Kündigung seitens der Stiftung infolge Verzuges der Bezahlung der Beitragsrechnung
- bei Eintritt in eine neue Vorsorgeeinrichtung, sofern mehr als zwei Drittel der Austrittsleistung für den Einkauf in die vollen reglementarischen Leistungen benötigt wird;
- bei Tod des Versicherten;
- bei Beitragsausständen durch Kündigung.
- bei Auflösung des Anschlussvertrages durch den ehemaligen Arbeitgeber.
- bei Pensionierung, spätestens bei Erreichen des ordentlichen Pensionierungsalters

Informationspflicht

Der Versicherte, welcher die Versicherung freiwillig weiterführt, ist verpflichtet, der PVS sämtliche für seine Versicherung massgebenden Angaben und Auskünfte unaufgefordert zu erteilen. Namentlich hat er zu melden:

- Änderung des Wohnsitzes und der Korrespondenzadresse
- Änderung des Zivilstands
- Eine länger als 3 Monate andauernde Arbeitsunfähigkeit
- Änderung des Grades der Erwerbsunfähigkeit (Personen mit Teilinvalidität)
- Antritt eines Arbeitsverhältnisses bei einem neuen Arbeitgeber bzw. spätere Erhöhung des Beschäftigungsgrades bei diesem
- Eintritt in eine neue Vorsorgeeinrichtung
- Angaben zur Höhe der einzubringenden Freizügigkeitsleistungen zur vollen Finanzierung der reglementarischen Leistungen bei der neuen Vorsorgeeinrichtung

Der Versicherte haftet für allfällige nachteilige Folgen von unrichtigen, fehlenden oder verspäteten Angaben.

Administrative Hinweise

Dieses Formular muss **innerhalb eines Monats nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses** der Geschäftsstelle eingereicht werden. Mit dem Formular ist **als Nachweis der Kündigung das Kündigungsschreiben des Arbeitgebers beizulegen**

Ort/Datum

Unterschrift der versicherten Person