

Pensionskasse Freelance

der Gewerkschaft syndicom
Monbijoustrasse 61, 3007 Bern
Tel.: 031 398 63 05
info@pkfreelance.ch | www.pkfreelance.ch

Anmeldung

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mail:

Geburtsdatum: . .

AHV-Nummer: . . .

Geschlecht: männlich weiblich

Sprache: deutsch französisch

Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

in eingetragener Partnerschaft getrennt aus Partnerschaft

Datum Heirat: . .

Mitglied syndicom: ja nein Andere:

Versicherungsbeginn: . .

Voraussichtlicher **AHV – pflichtiger – Jahreslohn:** CHF:

Bitte den geschätzten Brutto-Jahreslohn aus zu versichernder freiberuflicher Tätigkeit angeben – bei unterjährigem Eintritt auf den Jahreslohn hochrechnen!

Ausgeübter Beruf:

Der Anmeldung ist die **Gesundheitserklärung** beizulegen. Erfolgt die Anmeldung durch den Arbeitgeber, kann die Gesundheitserklärung zur Wahrung des Datenschutzes direkt bei der versicherten Person eingeholt werden. Die definitive Aufnahme kann in jedem Fall von einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden und erfolgt erst mit der Aufnahmebestätigung.

Bei Anmeldung durch die zu versichernde Person:

Ort, Datum:
Unterschrift der zu versichernden Person:

Bei Anmeldung durch den Arbeitgeber:

(Nur in Ausnahmefällen, wenn die betreffende, zu versichernde, Person der obligatorischen Versicherung nach Art. 7 BVG untersteht, d.h. einen Jahreslohn 2011 von mindestens CHF 20'880 bei der betreffenden Firma bezieht.)

Firma:

Ort, Datum:
Stempel und Unterschrift der Firma:

Pensionskasse Freelance

der Gewerkschaft syndicom
Monbijoustrasse 61, 3007 Bern
Tel.: 031 398 63 05
info@pkfreelance.ch | www.pkfreelance.ch

Von der zu versichernden Person auszufüllen:

Gesundheitserklärung

1. Sind Sie zu 100% arbeitsfähig? ja nein

Wenn nein, Grund:

2. Besteht irgend eine gesundheitliche Störung oder Behinderungsform? ja nein

Wenn ja, welche?

3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung oder stehen Sie zur Zeit unter ärztlicher Kontrolle? ja nein

Wenn ja, weshalb?

Ist die Behandlung abgeschlossen?

Name und Adresse des Arztes:

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine schwere Krankheit durchgemacht oder einen schweren Unfall erlitten? ja nein

Wenn ja, welche?

Ist die Behandlung abgeschlossen?

Name und Adresse des Arztes:

5. Waren Sie in den letzten 5 Jahren in psychiatrischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb?

Ist die Behandlung abgeschlossen?

Name und Adresse des Arztes:

6. Bestand in Ihrer vorherigen Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt? ja nein

Wenn ja, bitte eine Kopie des Vorbehaltes beilegen.

7. Beziehen Sie infolge Krankheit oder Unfall Invalidenrenten oder Taggelder oder haben Sie sich für solche Leistungen angemeldet? Wenn ja, bitte eine Kopie des Entscheids beilegen. ja nein

Der/Die Unterzeichnete bestätigt, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Im Falle unwahrer oder unvollständiger Angaben kann die Pensionskasse Freelance Leistungen kürzen, verweigern oder binnen 4 Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktreten.

Die zu versichernde Person entbindet Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften sowie Vorsorgeeinrichtungen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Pensionskasse Freelance und ermächtigt sie, ihr alle im Zusammenhang mit der beruflichen Vorsorge notwendigen Auskünfte zu erteilen.

Die definitive Aufnahme kann in jedem Fall von einer ärztlichen Untersuchung abhängig gemacht werden und erfolgt erst mit der Aufnahmebestätigung.

Ort, Datum:

Unterschrift der zu versichernden Person:

Überweisung der Freizügigkeitsleistung:

Gemäss BVG sind Sie verpflichtet, Freizügigkeitsleistungen aus vorheriger beruflicher Vorsorge auf die Pensionskasse Freelance, Postkonto 80-37060-6 / IBAN CH87 0900 0000 8003 7060 6, zu übertragen. Bitte weisen Sie Ihre bisherige Vorsorgeeinrichtung nach Erhalt der Aufnahmebestätigung entsprechend an. Einzahlungsscheine können bei der Pensionskasse Freelance bezogen werden.

Pensionskasse Freelance

der Gewerkschaft syndicom
Monbijoustrasse 61, 3007 Bern
Tel.: 031 398 63 05
info@pkfreelance.ch | www.pkfreelance.ch

Meldung der Arbeitgeber

Gesetzliche Regelung

Mit der Anmeldung bei der Pensionskasse Freelance unterstellt sich die zu versichernde Person dem Bundes-gesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG). Damit sind alle Arbeit- und Auftraggeber, die auf dem Entgelt AHV-Beiträge abrechnen, verpflichtet auch Pensionskassenbeiträge zu zahlen. Die Pensionskassenbeiträge betragen 12,5 % des AHV-pflichtigen Lohnes. Bis zum 1. Januar nach Vollendung des 24. Altersjahres sind nur die Risikobeiträge von 2,25 % zu entrichten. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen je die Hälfte.

Empfehlung

Wir empfehlen, bereits bei Vertragsabschluss bzw. Annahme eines Auftrages nebst der Honorierung auch die Frage der Abrechnung der Sozialversicherungsbeiträge (AHV/BVG) zu regeln. Freie sind im Allgemeinen gut beraten die Sozialversicherungsbeiträge durch ihre Arbeit-/Auftraggeber abrechnen zu lassen. Selbständig Erwerbende tragen die gesamten Sozialversicherungsbeiträge selber.

Unselbständige Erwerbstätigkeit:

Bei folgenden Arbeitgebern erhält die zu versichernde Person einen Lohn/ein Entgelt, auf welchem durch den Arbeitgeber AHV-Beiträge abgezogen werden:

Arbeitgeber (Bitte vollständige Adresse angeben):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ganz oder teilweise selbständige Erwerbstätigkeit:

(Betrifft nur Personen, die ganz oder teilweise selber mit der AHV abrechnen und dieses Einkommen auch im Rahmen der beruflichen Vorsorge versichern möchten.)

Zu versicherndes selbständiges Erwerbseinkommen pro Jahr: CHF

Die zu versichernde Person verpflichtet sich, die vierteljährlich in Rechnung gestellten Pensionskassenbeiträge von 12,5% des angegebenen selbständigen Erwerbseinkommens, jeweils innert 30 Tagen, auf das Postkonto 80-37060-6 der Pensionskasse Freelance zu überweisen. Bei wesentlichen Änderungen können Anpassungen (gültig ab dem Folgemonat) schriftlich verlangt werden. Bei ausschliesslich selbständiger Erwerbstätigkeit entspricht das versicherte selbständige Erwerbseinkommen dem, auf dem Formular „Anmeldung“ anzugebenden, versicherten Lohn.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person:

.....

.....

Pensionskasse Freelance

der Gewerkschaft syndicom
Monbijoustrasse 61, 3007 Bern
Tel.: 031 398 63 05
info@pkfreelance.ch | www.pkfreelance.ch

Unterstützungsvertrag

betreffend Partner-/Partnerinnenrente der Pensionskasse Freelance zwischen

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

als versicherte Person der Pensionskasse Freelance

und

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

als Lebenspartner/Lebenspartnerin (Konkubinat) der versicherten Person

Paare, die in einer Ehe bzw. eingetragenen Partnerschaft leben, müssen dieses Formular nicht ausfüllen.

Hiermit bestätigen wir, mit Bezug auf das Reglement der Pensionskasse Freelance Art. 5.2.2 Partner-/Partnerinnenrente bei nicht eingetragener Partnerschaft (Konkubinat), dass

- wir seit¹⁾ zusammen in Lebensgemeinschaft (Konkubinat) leben,
- zwischen uns keine Verwandtschaft besteht,
- wir uns zu gegenseitigem Beistand verpflichten (in Anlehnung an Art. 159, Abs. 3, ZGB „Eheliche Gemeinschaft; Rechte und Pflichten der Ehegatten“ und Art. 163 ZGB „Unterhalt der Familie“).

Damit erfüllen wir die Meldepflicht zur Geltendmachung des Anspruches auf Hinterlassenenleistungen gemäss Reglement der Pensionskasse Freelance.

Diese Vereinbarung wird unwirksam im Zeitpunkt der Auflösung der Lebensgemeinschaft (Konkubinat). Die Auflösung der Lebensgemeinschaft (Konkubinat) ist der Pensionskasse Freelance bekannt zu geben.

Unterschriften:

Versicherte Person:

Partner/Partnerin (Konkubinat):

Ort, Datum:

1) Falls die Lebensgemeinschaft bereits länger als fünf Jahre gedauert hat, ist nur die Jahreszahl anzugeben. Andernfalls bitte das genaue Datum angeben.