



PERSÖNLICHE ANGABEN

Name und Vorname: Dossier-Nr.:

Geburtsdatum:

Sie haben die Möglichkeit, die Höhe Ihrer Beiträge für die Risiken Invalidität und Tod zu wählen. Die Wahl des Vorsorgeplans hat keinen Einfluss auf die Leistungen nach der Pensionierung.

Der Antrag auf Planänderung muss der Pensionskasse mit diesem Formular bis spätestens am **30. September** für das Folgejahr eingereicht werden. Die Planänderung muss schriftlich angenommen werden.

Bei Fragen kontaktieren Sie uns bitte unter 021 348 24 08 oder cppvf@retraitespopulaires.ch.

Die Beiträge werden in % des versicherten Lohnes berechnet.

Alter	Höhe der Risikobeiträge des/der Versicherten			Risikobeiträge des Arbeitgebers
	Basis	Plus	Maxi	
18 – 65 Jahre alt	1%	1.5%	2%	2%

PLANWECHSEL

Ich beantrage einen Wechsel des Vorsorgeplans:

- Basis Plan (Invalidenrente von 40% des versicherten Lohnes und Ehegattenrente von 60% der Invalidenrente).
- Plus Plan (Invalidenrente von 50% des versicherten Lohnes und Ehegattenrente von 60% der Invalidenrente).
- Maxi Plan (Invalidenrente von 60% des versicherten Lohnes und Ehegattenrente von 60% der Invalidenrente).

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

(Nur erforderlich für den Beitritt zu einem Plan, der höhere Risiken abdeckt).

Ja Nein

- 1. Verfügen Sie derzeit über Ihre volle Arbeitsfähigkeit? Ja Nein
- 2. Sind Sie teilweise oder vollständig arbeitsunfähig geworden, und zwar länger als 3 Wochen, aufgrund von Krankheit oder Unfall, in den letzten 12 Monaten? Ja Nein
- 3. Leiden Sie nach Ihrem besten Wissen und Gewissen, obwohl Sie voll arbeitsfähig sind, an einem Geburtsgebrechen, einer Krankheit oder den Folgen eines Unfalls? Ja Nein

Wenn ja, welche/r?

- 4. Befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, welche/welchen? :

- 5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, gegen welche Erkrankung(en)?

- Beziehen Sie Leistungen von der Invalidenversicherung, der Militärversicherung, der Unfallversicherung (UVG), der beruflichen Vorsorge oder einer Versicherung für Erwerbsausfall? Wenn ja, welche/r? Ja Nein

Ich bestätige, dass ich die oben genannten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bewusst, dass das unrichtige oder unvollständige Ausfüllen dieses Fragebogens zur Folge haben kann, dass die Leistungen bis zur Höhe des Basisplans gekürzt werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift der versicherten Person