

FORMULAR FÜR ARBEITGEBER

Anmeldung bei der BVK für die «Ergänzungsvorsorge»

Formular senden an: BVK, Obstgartenstrasse 21, Postfach, 8090 Zürich

Angaben zum Arbeitgeber	Arbeitgeber: _____ Kontaktperson: (Vorname, Name) _____ E-Mail: _____	Vertrags-Nr.: _____ Telefon-Nr.: _____
Angaben zur zu versichernden Person	Name: _____ Zivilstand: Dropdown-List _____ Geburtsdatum: _____ Strasse/Nr.: _____ PLZ: Wohnort: _____ Personal-Nr.: _____ Private Telefonnummer: _____	Vorname: _____ Sozialversicherungs-Nr.: 756. _____ Geschlecht: Dropdown-List _____ Adresszusatz: _____ _____ Versicherungsbeginn: _____ Private E-Mailadresse: _____
Personalgruppe	Genaue Bezeichnung der Personalgruppe gemäss Zusatzvereinbarung zum Anschlussvertrag: _____	
Angaben zum an-rechenbaren Lohn	Beschäftigungsgrad in %: _____	Anrechenbarer Jahreslohn in CHF: _____
Angaben zu IV-Leistungen	<input type="checkbox"/> Uns ist bekannt, dass die zu versichernde Person eine Teilrente der eidgenössischen Invalidenversicherung erhält. Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf.	

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber:

Kontakt

Telefon 058 470 45 45 (Angestellte des Kantons und Bildungsinstitutionen [ohne Schulgemeinden])
 Telefon 058 470 44 44 (alle anderen Angestellten)