

Weiterversicherung im Seniorenplan

Vertrag Nr. U230 _____ Versicherten-Nr. 756. _____

Name und Adresse des Arbeitgebers (Stempel)

Personalien versicherte Person

Name _____

Vorname _____

Telefonnummer _____ E-Mail _____

Ich bestätige, dass ich nach Erreichen des ordentlichen Rücktrittsalters (Frau 64 / Mann 65) weiterhin erwerbstätig bleibe und im Seniorenplan gemäss den Bestimmungen des Reglements der SSO-Vorsorgestiftung für zahnmedizinische Berufe versichert werden möchte.

Ort und Datum

Unterschrift versicherte Person

Kenntnisnahme des Arbeitgebers betreffend Weiterversicherung im Seniorenplan und Meldung einer allfälligen Lohnänderung beim Übertritt in den Seniorenplan

AHV-Jahreslohn _____

Gültig ab _____

Beschäftigungsgrad _____

Ort und Datum

Unterschrift Arbeitgeber/in
