

## 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

---

---