REVOR Sammelstiftung
Gutenbergstrasse 48
3011 Bern
T 031 310 58 85
info@revor.swiss
www.revor.swiss

REVOR Sammelstiftung

PENSIONIERUNG (ARBEITGEBER-FORMULAR)

Firma

Anschluss-Nummer *(Beispiel: 012345)*:

Strasse, Nr.:

Firmen-Name:

PLZ, Ort:

Versicherte Person

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Land:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnr.:

Zivilstand: ○ ledig ○ verwitwet

○ verheiratet / eingetragene Partnerschaft

Heiratsdatum / Beurkundungsdatum:

Geburtsdatum Ehepartner / Partner:

○ geschieden / aufgelöste Partnerschaft

E-Mail :

Telefon:

Pensionierung / Teilpensionierung

Pensionierungsdatum *(Ende der Lohnzahlung)*:

○ **Pensionierung**

○ **Teilpensionierung** ____ %

(Die Teilpensionierung hat mindestens 20% eines Vollpensums zu betragen und, das verbleibende Arbeitsverhältnis mindestens 30% eines Vollpensums)

Ist die zu versichernde Person gegenwärtig krank oder invalid? ○ Ja ○ Nein

Bei Invalidität, IV-Grad: ____ %

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift der angeschlossenen Firma

Vollständig *Erfassung* *Datum* *Visum* *Schlusskontrolle*