

Ergänzungsleistungen (EL) - Berufliche Vorsorge (BVG/Pensionskasse/2. Säule)

Versicherten-Nr.

7 5 6

Geburtsdatum

Name

Vorname

1. Waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer Pensionierung bzw. bei Beginn der Invalidität bei einer Pensionskasse (BVG-Vorsorgeeinrichtung) versichert?

ja Sie haben sich umgehend bei der Pensionskasse Ihres letzten Arbeitgebers für den Leistungsbezug anzumelden. Dieses Formular ist der Pensionskasse zur Beantwortung der untenstehenden Fragen weiterzuleiten. Ist Ihnen die Adresse der Pensionskasse nicht bekannt, wenden Sie sich bitte an Ihren letzten Arbeitgeber.

nein Weshalb waren Sie nicht versichert?

2. Bei welchen Arbeitgebern waren Sie in den letzten 5 Jahren angestellt?
 (sofern Sie in den letzten 5 Jahren nicht erwerbstätig waren, ist uns das letzte Arbeitsverhältnis bekanntzugeben)

| von | bis | Name des Arbeitgebers, Adresse, Ort | Monatseinkommen brutto |
|-----|-----|-------------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

3. Besteht ein Freizügigkeitskonto?

- ja → Nachweise beilegen (Kontoabschluss per 1.1. des laufenden Jahres).
 nein

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass allfällig zu viel ausbezahlte EL direkt mit den Nachzahlungen von BVG-Leistungen verrechnet werden können, und dass ich die obigen Angaben vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Datum

Unterschrift

Bestätigung der Vorsorgeeinrichtung (Pensionskasse) nach Art. 86a Abs. 2 Bst. b BVG

1. Hat die genannte Person einen Leistungsantrag gestellt?

- ja nein

wenn ja, wann?

2. Erhielt die oben genannte Person bereits einen Entscheid (Rente oder Kapitalauszahlung)?

- ja → Bitte Kopie beilegen

- nein bis wann kann mit einem Entscheid gerechnet werden?

Rückfragen an

Datum

Unterschrift der Vorsorgeeinrichtung
