

VORSORGESTIFTUNG DER WALLISER LANDWIRTSCHAFT

Maison du Paysan, Postfach 416, 1964 Conthey, tel. 027 345 40 60, lpp@agrivalais.ch

NEUEINTRITT

Firma, Unternehmung

Name : _____
Adresse : _____
PLZ/Ort : _____
Vertrag Nr. : _____

Versicherte(r)

Versicherungsbeginn : _____
Name : _____ Vorname : _____
AHV Nr. : _____ Geburtsdatum : _____
Zivilstand : _____ Verheiratet seit : _____
Geschlecht : _____ Sprache : _____
Jahreslohn (vor Abzug des Koordinationsabzugs) Fr. _____
Arbeitsfähigkeit in % : _____
Teilzeitgrad in % : _____

Freizügigkeitsleistung

Name und Adresse der vorherigen Pensionskasse (Vertragsnummer) :

Tél. _____

Name und Adresse des vorherigen Arbeitgebers :

Tél. _____

Ort und Datum :

Unterschrift des Arbeitgebers :

siehe Rückseite ./ →

Vom Versicherten ausfüllen lassen :

Beziehen Sie **Invalidenrenten** oder **Taggelder** infolge Krankheit oder Unfall von :

- | | | |
|--|----|------|
| - einer Krankenkasse | JA | NEIN |
| - einer Invalidenversicherung | JA | NEIN |
| - einer Unfallversicherung (SUVA) | JA | NEIN |
| - einer ausländischen Sozialversicherung | JA | NEIN |
| - einer anderen Vorsorgestiftung | JA | NEIN |

Falls Sie eine Rente einer invalidenversicherung erhalten, bitten wir Sie uns eine Kopie des Entscheides zuzustellen. Besten Dank.

Wohneigentum

Ist der Anspruch auf die Vorsorgeleistung verpfändet ? JA NEIN
Wenn ja, wer ist der Pfandgläubiger ? _____

Haben Sie einen Teil ihrer Freizügigkeitsleistung vorbezogen ? JA NEIN
Wenn ja, in welcher Höhe ? Fr. _____

Erklärung der zu versichernden Person :

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort und Datum

Unterschrift des Versicherten

Vollständige Adresse : _____

<p>Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann die Vorsorgestiftung der Walliser Landwirtschaft im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen die Ausrichtung von Leistungen ablehnen</p>
--