

## Vertragsinformationen der aktuellen Vorsorgeeinrichtung

Bitte mit Druckbuchstaben ausfüllen. Punkt 2 bis 8 sind von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung auszufüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe.

Pensionskasse

Vorsorgestiftung

### Von der Firma auszufüllen

#### 1. Firma/Vollmacht

Name

Aktuelle Vertrags-Nr.

Aktuelle Vorsorgeeinrichtung

Die/der Bevollmächtigte der Firma gibt der Asga und/oder dem Broker/Vermittler das Einverständnis, die Angaben zu einer allfälligen Vertragsübernahme beim Vorversicherer einzuholen.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift

### Von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung auszufüllen

#### 2. Allgemeine Fragen

- 2.1 Ist der Vertrag per (Datum) kündbar?  ja, bis am  nein, erst per
- 2.2 Wurde der Vertrag von Ihnen gekündigt?  ja, infolge  nein
- 2.3 Befindet sich die Firma im Zahlungsrückstand?  ja  nein  
Falls ja, wie hoch ist der Ausstand?  1 Quartal  2 Quartale oder mehr

#### 3. Rentnerschicksal

Werden bei einer Vertragsauflösung

- 3.1 Alters- und Hinterlassenenrentner an die neue Vorsorgeeinrichtung übertragen?  ja  nein
- 3.2 Invalidenrentner an die neue Vorsorgeeinrichtung übertragen?  ja  nein



▼ Bitte beachten Sie die folgende Seite.

## 4. Leistungsfälle

### 4.1 Alters- und Hinterlassenenleistungen

Gibt es Altersleistungen und/oder Hinterlassenenleistungen, welche bei einer Übernahme aufgrund des zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung bestehenden Vertrages übernommen werden müssen?

ja, Anzahl \_\_\_\_\_  nein



Falls ja, benötigen wir folgende Angaben pro Fall: Geburtsdatum, Geschlecht, Höhe der jährlichen Rente, Höhe der Schadenreserve (per Vertragsauflösungsdatum) sowie für Hinterlassenenleistungen zusätzlich das Geburtsdatum des Rentenbezügers.

### 4.2 Erwerbsunfähigkeitsleistungen

Gibt es Erwerbsunfähigkeitsleistungen, welche bei einer Übernahme aufgrund des zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung bestehenden Vertrages übernommen werden müssen?

ja, Anzahl \_\_\_\_\_  nein

Gibt es pendente Fälle?

ja, Anzahl \_\_\_\_\_  nein



Falls ja, benötigen wir folgende Angaben pro Fall (per Vertragsauflösung oder Ablauf Wartefrist für die Invalidenrente): Geburtsdatum Rentenbezüger, Geschlecht, Höhe der jährlichen Invalidenrente, Höhe der Sparbeitragsbefreiung, Höhe der Risikoprämienbefreiung, Höhe der Schadenreserve pro Leistung, wenn die Vorsorgeeinrichtung nicht Mitglied des Drehtürprinzips ist.

## 5. Versicherte nach Art. 47a BVG

Gibt es Versicherte nach Art. 47a BVG, welche bei einer Übernahme aufgrund des zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung bestehenden Vertrages übernommen werden müssen?

ja, Anzahl \_\_\_\_\_  nein



Falls ja, benötigen wir folgende Angaben pro Fall: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Form der Weiterversicherung (nur Risiko / Risiko und Altersvorsorge), Jahreslohn und versicherter Lohn, letzter gültiger Vorsorgeausweis, Beginn der Weiterversicherung nach Art. 47a BVG.

## 6. Versicherte mit Vorbehalt

Gibt es Versicherte, welche bei einer Übernahme aufgrund des zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung bestehenden Vertrages übernommen werden müssen und ein gesundheitlicher Vorbehalt gem. Art. 331c OR gemacht wurde?

ja, Anzahl \_\_\_\_\_  nein



Falls ja, benötigen wir folgende Angaben pro Fall: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Dauer und Grund des Vorbehalts (Kopie Vorbehaltsschreiben).

## 7. Aktiv Versicherte mit Koordination gemäss Art. 4 BVV 2 (Kordinierter Lohn teilinvalide Versicherte)

Gibt es Versicherte, welche aktiv versichert sind, eine Teilinvalidenrente der IV erhalten und aktuell einen koordinierten Lohn gemäss Art. 4 BVV2 haben?

ja, Anzahl \_\_\_\_\_  nein



Falls ja, benötigen wir folgende Angaben pro Fall: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Grad um den die Grenzbeiträge reduziert wurden. (Kopie massgebende IV-Verfügung).

## 8. Weitere Angaben

Bei Übertragungen von definitiv verfügbaren invaliden Renten unter Teilnehmern des SVV/Drehtürtarif gelten dessen Richtlinien, bei allen anderen Fällen gilt folgendes:



▼ Bitte beachten Sie die folgende Seite.

Die Vorsorgeeinrichtung bestätigt die Vollständigkeit dieser Angaben sowie der eingereichten Unterlagen und nimmt zur Kenntnis, dass auf diesen Unterlagen nicht aufgeführte, aber bereits gemeldete Leistungsfälle bei einem Wechsel der Vorsorgeeinrichtung nicht abgetreten werden können.



Bitte stellen Sie uns den Schadenverlauf der letzten fünf Jahre sowie ein aktuelles Rentnerverzeichnis zu.

**Bemerkungen (bitte Beilagen erwähnen)**

---

---

---

---

---

---

---

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der bisherigen Vorsorgeeinrichtung

---



► Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt, unterzeichnet und mit den benötigten Unterlagen an die Asga, Postfach, 9001 St.Gallen.