



Erklärung über weitere Vorsorgeverhältnisse

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort

**Versicherte
Person**

Name Vorname Versichertennummer
Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht
 m w

Ich erkläre hiermit, dass ich

- bei Eintritt in diese Vorsorge keinen weiteren Vorsorgeverhältnissen unterstehe. Sofern sich hieran etwas ändert, werde ich dies mittels Formular «Erklärung über weitere Vorsorgeverhältnisse» mitteilen.
- folgenden weiteren Vorsorgeverhältnissen unterstehe:

Beschäftigungsgrad bei gültig ab Jahreslohn CHF
Vorsorgeeinrichtung

Beschäftigungsgrad bei gültig ab Jahreslohn CHF
Vorsorgeeinrichtung

Unterschrift

Datum Unterschrift versicherte Person

Senden an

AXA
Postfach 300
8401 Winterthur