

Offertbestellung Pensionskasse

Name: Strasse:

Vorname: PLZ/Ort:

Telefon: e-mail:

Name des Berufsverbandes:

Senden Sie mir bitte eine Offerte mit folgenden Eckdaten:

Geburtsdatum:

Gewünschter Beginn

Versicherter Jahreslohn¹⁾

Freizügigkeitsleistungen ²⁾

- 1) max. versicherbar ist die AHV Lohnsumme
- 2) Guthaben von früheren Arbeitsverhältnissen

In einem Kuvert oder per FAX 026 670 74 22 an *medi-benefit* senden (Adresse siehe unten).