



Freiwillige Weiterversicherung

Für Personen, die ihr 56. Altersjahr bereits vollendet haben und ihre Arbeitsstelle verlieren, weil der Arbeitgeber die Anstellung durch Kündigung oder durch eine Aufhebungsvereinbarung beendet hat, bietet die PKBS die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung gemäss Art. 2a Rahmenreglement.

Bei Neuabschluss der freiwilligen Weiterversicherung muss vorliegendes Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet **spätestens einen Monat nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses** bei der PKBS eingetroffen sein.

Personendaten

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	PLZ / Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Personal-Nr.	<input type="text"/>
Bisheriger Arbeitgeber:	<input type="text"/>		

Abschluss / Anpassung der freiwilligen Weiterversicherung

- Abschluss:**
Ich beantrage die freiwillige Weiterversicherung gemäss untenstehenden Vorgaben (Umfang).
Sie beginnt unmittelbar nach dem bisherigen Arbeitsverhältnis (frühestens ab 01.01.2021).

Beendigung des Arbeitsverhältnisses per:

- Mutation:**
Ich beantrage die Anpassung der freiwilligen Weiterversicherung per 1. Januar des folgenden Jahrs gemäss untenstehenden Vorgaben (Umfang).

Umfang der freiwilligen Weiterversicherung

Bitte geben Sie an, welche Weiterversicherung sie neu wünschen:

- Risikoversicherung: Abdeckung der Risiken Invalidität und Tod (keine Sparbeiträge)
- Vollversicherung: Abdeckung der gesamten Vorsorge (Alterssparen und Risikoversicherung)

Bitte geben Sie an, welchen massgebenden Jahreslohn Sie neu weiterversichern wollen:

- letzter massgebender AHV-Jahreslohn und Beschäftigungsgrad, welcher vor der Beendigung des Arbeitsverhältnisses in der PKBS versichert war.
- den massgebenden AHV-Jahreslohn um % zu reduzieren oder
- den massgebenden AHV-Jahreslohn auf **CHF** zu reduzieren.

*Die Reduktion des massgebenden AHV-Jahreslohns ist höchstens bis auf die Hälfte und in maximal zwei Teilschritten möglich.
Der massgebende Jahreslohn darf jedoch nicht unter die Hälfte der Eintrittsschwelle sinken.*

Eine nachträgliche Erhöhung des Lohnes ist nach erfolgter Reduktion nicht mehr möglich.

Bitte geben Sie an, welchen Sparplan Sie wünschen, sofern Sie die Vollversicherung gewählt haben:

- Sparplan Plus (+ 3%)
- Sparplan Standard
- Sparplan Minus (- 3%)

Erfolgt keine Wahl, so gilt weiterhin der vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses gewählte Sparplan.

Den Umfang der Weiterversicherung können Sie mit diesem Formular entweder per Abschluss der freiwilligen Weiterversicherung oder danach jeweils auf den 1. Januar eines Jahrs treffen.

Ohne Ihre anderweitige schriftliche Mitteilung an die Pensionskasse Basel-Stadt bis spätestens 30. November gelten die gewählten Optionen auch für das Folgejahr.

Unterlagen

Für den Abschluss der freiwilligen Versicherung benötigen wir folgende Unterlagen:

- Kopie des Kündigungsschreibens oder
- Kopie der Aufhebungsvereinbarung (beinhaltet diese eine Verschwiegenheitsklausel, so genügt eine Bestätigung des bisherigen Arbeitgebers, dass die Aufhebung des Arbeitsverhältnisses von ihm initiiert wurde)

Meldepflichten

Bitte melden Sie uns unverzüglich

- Änderung der Wohnadresse,
- Änderung des Zivilstands,
- Leistungen der Eidg. Invalidenversicherung,
- eine Neuanstellung, welche zu einer BVG-Versicherung in einer Pensionskasse führt, da dies unter Umständen Auswirkungen auf Ihre freiwillige Weiterversicherung haben könnte.

Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme des «Merkblatt zur freiwilligen Weiterversicherung ab Alter 56», welches Sie auf www.pkbs.ch beziehen können.

Nach Erhalt Ihrer Anmeldung bzw. Ihrer Mutationsmeldung erhalten Sie eine entsprechende Bestätigung sowie eine Übersicht über die versicherten Leistungen (Vorsorgeausweis).

Nehmen Sie zur Kenntnis, dass Sie nach erfolgter Anmeldung beitragspflichtig sind und alleine für die gesamten Beiträge aufkommen müssen, welche Ihnen monatlich in Rechnung gestellt werden. Kommen Sie Ihrer Beitragspflicht nicht nach, so wird die Weiterversicherung von der PKBS auf denjenigen Monat gekündigt, für den die letzte Beitragszahlung erfolgte.

Ort / Datum

Unterschrift
(versicherte Person)