

AUSGLEICHSKASSE IV-STELLE

Poststrasse 9, Postfach 62, 9050 Appenzell



- AHV/EO/EL
- Familienzulagen
- Arbeitslosenversicherung
- Invalidenversicherung

Beiblatt 4 (BVG-Leistungen)

Beiblatt zur EL-Anmeldung/periodischen Überprüfung für

Versicherten-Nr.	Name, Vorname
_____	_____
Adresse	PLZ, Ort
_____	_____

1. Waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer Pensionierung bzw. bei Beginn der Invalidität bei einer Pensionskasse versichert?

- ja Sie haben sich umgehend bei der Pensionskasse für den Leistungsbezug anzumelden. Dieses Formular (Beiblatt 4) ist der Pensionskasse zur Beantwortung der untenstehenden Fragen weiterzuleiten. Ist Ihnen die Adresse der Pensionskasse nicht bekannt, wenden Sie sich bitte an Ihren letzten Arbeitgeber.
- nein Weshalb waren Sie nicht versichert?

2. Bei welchen Arbeitgebern waren Sie in den letzten 5 Jahren angestellt?

(sofern Sie in den letzten 5 Jahren nicht erwerbstätig waren, ist uns das letzte Arbeitsverhältnis bekanntzugeben)

vom	bis	Name des Arbeitgebers, Adresse, Ort	Monatseinkommen (brutto)
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____

Beiblatt 4 (BVG-Leistungen)

Beiblatt zur EL-Anmeldung/periodischen Überprüfung für

Versicherten-Nr.	Name, Vorname
_____	_____
Adresse	PLZ, Ort
_____	_____

1. Waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer Pensionierung bzw. bei Beginn der Invalidität bei einer Pensionskasse versichert?

ja Sie haben sich umgehend bei der Pensionskasse für den Leistungsbezug anzumelden. Dieses Formular (Beiblatt 4) ist der Pensionskasse zur Beantwortung der untenstehenden Fragen weiterzuleiten. Ist Ihnen die Adresse der Pensionskasse nicht bekannt, wenden Sie sich bitte an Ihren letzten Arbeitgeber.

nein Weshalb waren Sie nicht versichert?

2. Bei welchen Arbeitgebern waren Sie in den letzten 5 Jahren angestellt?

(sofern Sie in den letzten 5 Jahren nicht erwerbstätig waren, ist uns das letzte Arbeitsverhältnis bekanntzugeben)

vom	bis	Name des Arbeitgebers, Adresse, Ort	Monatseinkommen (brutto)
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____
_____	_____	_____	CHF _____