



Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Eintrittsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_ Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Seit dem Übertritt vom Leistungs- zum Beitragsprimat anfangs 2014 haben aktive Versicherte, die zwischen 25 und 64/65 Jahre alt sind, gemäss Art. 36 des Vorsorgereglements die Möglichkeit, freiwillige zusätzliche Sparbeiträge auf das dafür eröffnete Zusatzkonto zu leisten.

Versicherte können ab Eintritt innerhalb von drei Monaten zwischen den zwei zusätzlichen Sparvarianten (**Medium-** und **Maxiplan**) wählen.

Jährlich kann die Wahl einer zusätzlichen Sparvariante oder eine Änderung der gewählten Sparvariante für das Folgejahr jeweils bis spätestens 31. Dezember schriftlich mitgeteilt werden.

Trifft bis zu diesem Zeitpunkt keine Meldung ein, gelten die bisherigen Instruktionen. Beim Fehlen von Instruktionen werden keine Zusatzbeiträge erhoben.

## A7 Anhang Vorsorgereglement

### Höhe der Zusatzbeiträge des Versicherten, in Abhängigkeit der Planwahl:

Alter	Zusatzbeiträge in % des versicherten Lohns im	
	Mediumplan	Maxiplan
18 – 24	---	---
25 – 64/65	1.00	2.00
64/65 – 69/70	---	---

### Ich wähle folgende zusätzliche Sparvariante (bitte entsprechendes Feld markieren):

Die Variante gilt für neu eingetretene Versicherte ab dem 1. des auf die Meldung folgenden Monats, für alle übrigen Versicherten ab dem 1. Januar des auf die Meldung folgenden Jahres.

- Mediumplan:** Ich möchte mein individuelles Sparkonto durch zusätzliche monatliche Beiträge gemäss obiger Tabelle Variante **Mediumplan** erhöhen.
- Maxiplan:** Ich möchte mein individuelles Sparkonto durch zusätzliche monatliche Beiträge gemäss obiger Tabelle Variante **Maxiplan** erhöhen.
- Kein Zusatzplan:** Ich verzichte darauf, mein individuelles Sparkonto durch zusätzliche monatliche Beiträge zu erhöhen.

### Hinweis

Mit Ihrer Unterschrift wird der Planwechsel rechtskräftig. Ohne Widerruf bis 31. Dezember des Folgejahres verlängert sich die Vereinbarung automatisch um ein weiteres Jahr.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Versicherten-Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an:

**Pensionskasse der Stadt Amriswil, c/o ProPublic, Vorsorge Genossenschaft, St. Gallerstrasse 89, 9230 Flawil**  
071 394 60 00, norma.stoeckle@pro-public.ch