



# Beibehaltung bisheriger versicherter Lohn

Formular für Versicherte

(Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerin)

## 1 Persönliche Angaben

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

## 2 Hinweise zur Weiterführung des bisherigen versicherten Lohns

- Eine versicherte Person, deren Jahreslohn sich nach dem 58. Geburtstag um maximal 50% reduziert, kann mit dem Arbeitgeber schriftlich vereinbaren, dass die Vorsorge höchstens auf dem Niveau der bisher versicherten Leistungen bis längstens zum Zeitpunkt der ordentlichen Pensionierung (Alter 65) weitergeführt wird.
- Die Vereinbarung ist vom Arbeitgeber und von der versicherten Person zu unterzeichnen und der Pensionskasse auf den Zeitpunkt der Lohnreduktion zuzustellen.
- Der Arbeitgeber ist bei der teilweisen oder vollen Beibehaltung des bisherigen versicherten Lohns nur verpflichtet, die Arbeitgeberbeiträge auf dem reduzierten versicherten Lohn zu bezahlen.
- Die versicherte Person hat neben ihren eigenen Beiträgen auch die Differenz zwischen den Arbeitgeberbeiträgen auf dem bisherigen und jenen auf dem reduzierten versichertem Lohn zu entrichten.
- Diese werden vom Arbeitgeber zusätzlich in Abzug gebracht und der Pensionskasse überwiesen.

## 3 Reduktion des anrechenbaren Jahreslohns

bisher	neu
Anrechenbarer Jahreslohn in CHF: _____	Anrechenbarer Jahreslohn in CHF: _____
Beschäftigungsgrad in %: _____	Beschäftigungsgrad in %: _____
Gültig bis: _____	Gültig ab: _____

## 4 Antrag

(bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)

Ich beantrage  die volle bzw.  die teilweise ( \_\_\_\_\_ %) Beibehaltung des bisherigen versicherten Lohns.

## 5 Bestätigung und Unterschrift des Antragstellers bzw. der Antragsstellerin

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dieses Antragsformular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt und die Hinweise sowie die reglementarischen Bestimmungen zur Kenntnis genommen zu haben. Ich verpflichte mich dazu, neben meinen ordentlichen Beiträgen auch die Differenzbeiträge des Arbeitgebers zu entrichten.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift  
versicherte Person \_\_\_\_\_

## 6 Bestätigung und Unterschrift des Arbeitgebers

Der Arbeitgeber nimmt zur Kenntnis, dass die versicherte Person die Beibehaltung des bisherigen versicherten Lohns im unter 4 aufgeführten Umfang beantragt und verpflichtet sich, die Differenzbeiträge, die die versicherte Person zusätzlich zu entrichten hat, zusammen mit den ordentlichen Arbeitnehmerbeiträgen in Abzug zu bringen und der Pensionskasse zu überweisen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Firmenname / Stempel \_\_\_\_\_  
Kontaktperson / Unterschrift \_\_\_\_\_  
Tel.Nr./E-Mail für Rückfragen \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterzeichnet an die Pensionskasse Stadt St. Gallen, Rathaus, 9001 St. Gallen.**