



## Antrag auf VRM-Leistungsbezug

### Wichtige Informationen zur Antragstellung

#### Anspruchsberechtigt ist, wer:

- mindestens 15 Jahre, davon die letzten 7 Jahre vor dem Leistungsbezug gemäss GAV VRM Maler-Gipser beitragspflichtig war;
- zum Zeitpunkt des Rentenstarts im bisherigen Umfang arbeitsfähig ist;
- mindestens 5 Jahre oder weniger vor dem ordentlichen AHV-Referenzalter steht.

#### Information zur Antragseinreichung:

Der Leistungsantrag muss **spätestens 6 Monate**, jedoch frühestens 12 Monate vor dem gewünschten Rentenbeginn eingereicht werden.

Bei verspäteter Einreichung verschiebt sich der Rentenbeginn um die entsprechende Frist.

### Antragstellende Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Name	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse	PLZ/Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum	Sozialversicherungs-Nr. (AHV-Nr.)	Nationalität Geschlecht
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> IT
Telefon	E-Mail	Gewünschte Korrespondenzsprache
Zahlungsverbindung*		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	Kontoinhaber	Name und Ort der Bank

\*Hinweis: Auszahlungen sind ausschliesslich in Schweizer Franken und innerhalb der Schweiz oder eines EU/EFTA-Staates möglich.

#### Kontaktperson (falls vorhanden, inkl. Vollmacht)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Telefon	E-Mail

### Aktuelles Anstellungsverhältnis

Bitte den zutreffenden Bereich ausfüllen:

#### Festanstellung / Saisonaler Mitarbeiter

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name der Firma	Anstellung seit	Funktion
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktperson Arbeitgeber	Telefon	E-Mail

Firmen Nr. (GIMAFONDS)

#### Personalbüro (Temporäre Anstellung)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name des Personalbüros	Anstellung seit	Funktion
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktperson Personalbüro	Telefon	E-Mail

#### Arbeitslosenkasse (RAV)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name der RAV-Stelle	Angemeldet seit	Bisherige Funktion
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktperson RAV	Telefon	E-Mail

**Pensumsreduktion** Bei vollem vorzeitigem Ruhestand wird das bisherige Anstellungsverhältnis durch den Arbeitgeber vollständig aufgehoben.

_____ % Aktuelles Pensum	_____ % Neues Pensum	_____ Reduktion per (immer 1. eines Monats)
<input type="checkbox"/> Monatslohn <input type="checkbox"/> Stundenlohn Aktueller Bruttolohn (exkl. 13. Monatslohn)	_____ Monatslohn/ Stundenlohn-Ansatz Aktuell	

**Arbeitsfähigkeit**

Sind Sie momentan voll arbeitsfähig?  Ja  Nein  
Wenn nein, erhalten Sie eine Rente?  IV  SUVA  Pensionskasse \_\_\_\_\_  
Finden aktuell IV-Abklärungen statt?  Ja  Nein Name der Kasse

→ **Rentenentscheide oder Verfügungen bitte beilegen.**

Waren Sie in den letzten 3 Jahren während **mindestens eines Monats** ununterbrochen teilweise oder vollständig arbeitsunfähig aufgrund von:

Unfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ vom _____ bis
Krankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ vom _____ bis
Anderer Grund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ vom _____ bis
Erläuterung Grund	_____	

**Obligatorische  
Unterlagen\***

**Erster Antrag auf VRM-Rente**

- Ich erhalte noch keine VRM-Rente → ich möchte erstmalig eine VRM-Rente beziehen**
- Antrag auf VRM-Leistungsbezug ausgefüllt und unterzeichnet
  - Arbeitszeugnisse/ Arbeitsverträge der letzten 15 Jahre (inkl. Anstellungszeitraum, Pensum und Funktion)
  - Aktueller Auszug aus dem individuellen AHV-Konto (bei der AHV-Ausgleichskasse anfordern)
  - Kopie Pass oder ID
  - Alle Lohnabrechnungen des aktuellen Jahres **pro Arbeitgeber** (falls mehrere vorhanden)
  - Je eine Lohnabrechnung der letzten drei Jahre **pro Arbeitgeber** (falls mehrere vorhanden)
  - Zusätzlich bei Arbeitsunfähigkeit: aktuelle IV-Verfügung oder UVG-/KTG-Abrechnungen
  - Falls vorhanden: Lohnkontoauszüge des laufenden Jahres und der drei Vorjahre

**Anstellungen via Personalbüro**

- Alle Einsatzverträge und Lohnabrechnungen/Stundenabrechnungen der letzten 15 Jahre

**Bei Inhaber/ Geschäftsführer** (freiwillige Unterstellung)

- Aktueller Auszug aus dem Handelsregister (falls vorhanden)

**Folgeantrag auf VRM-Rente**

- Ich erhalte bereits eine VRM-Rente → ich möchte mein Pensum erneut reduzieren**
- Antrag auf VRM-Leistungsbezug ausgefüllt und unterzeichnet
  - Eine monatliche Lohnabrechnung des laufenden Jahres
  - Zusätzlich bei Arbeitsunfähigkeit: aktuelle IV-Verfügung oder UVG-/KTG-Abrechnungen

\*Hinweis: Die Stiftung erlaubt sich je nach Sachverhalt zusätzliche Unterlagen einzufordern.

# BVG-Sparbeiträge

## Leistungs- voraussetzung

Die Stiftung VRM Maler-Gipser kann zusätzlich 18% Ihrer Überbrückungsrente an Ihre aktuelle berufliche Vorsorgeeinrichtung entrichten, solange Ihre BVG-Vorsorge bis zum AHV-Referenzalter weitergeführt wird. Diese zusätzlichen Beiträge erhalten Sie sowohl bei einer teilweisen, wie auch bei einer vollständigen Reduktion Ihres Arbeitspensums.

Auf dem reduzierten Beschäftigungsteil (Reduktionsschritt) müssen weder Sie noch Ihr Arbeitgeber BVG-Beiträge leisten; reguläre BVG-Beiträge fallen nur noch auf dem verbleibenden Beschäftigungsgrad an.

**Wichtig: Wenn Sie Ihr BVG-Guthaben vorzeitig als Rente oder Kapital beziehen (Vorbezug), besteht kein Anspruch auf diese zusätzlichen BVG-Sparbeiträge.**

## Angaben zur BVG-Vorsorge- einrichtung

Die Unterzeichnenden geben Ihr Einverständnis, dass die Stiftung VRM Maler-Gipser die Antragsdaten oder Teile davon an die zuständige Vorsorgeeinrichtung zustellen kann.

**Kontaktangaben und Zahlungsadresse der aktuellen BVG-Vorsorgeeinrichtung des Betriebes (ist auch bei vorzeitigem Bezug von BVG-Altersleistungen anzugeben):**

\_\_\_\_\_  
Name der Vorsorgeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Vertragsnummer Ihrer Vorsorge

\_\_\_\_\_  
Postanschrift (Adresse/Postfach, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
Kontaktperson (Name, Tel./Fax/E-Mail)

\_\_\_\_\_  
Zahlungsverbindung (Bank/Post, IBAN/PC-Konto)

## Beantragte Art des Leistungsbezugs bzw. gewünschte Art der BVG-Weiter- führung

Bitte den zutreffenden Bereich ankreuzen:

**Weiterführung der BVG-Vorsorge**

Ich wünsche, dass meine BVG-Vorsorge über die bisherige Pensionskasse oder – falls dies nicht möglich ist – über eine Freizügigkeitsstiftung weitergeführt wird. Die Stiftung VRM Maler-Gipser kann bei der Wahl der Freizügigkeitsstiftung unterstützen, sofern die Überweisung an die aktuelle Freizügigkeitsstiftung oder Pensionskasse nicht möglich sein sollte.

**Vorbezug/Auflösung der BVG-Vorsorge**

\_\_\_\_\_  
Datum Vorbezug/Rentenstart BVG-Vorsorge

Ich beziehe meine BVG-Altersleistungen in Renten- oder Kapitalform und verzichte damit auf eine Weiterführung der BVG-Sparbeiträge durch die Stiftung VRM Maler-Gipser.

---

**Datenschutz-  
erklärung**

Die Datenbearbeitung erfolgt zur Abklärung und Erbringung der vertraglich vorgesehenen Leistungen. Es gelten die Datenschutzbestimmungen der Stiftung VRM Maler-Gipser (Datenschutzerklärung der Stiftung VRM Maler-Gipser: [Link<sup>1</sup>](#)). Die Unterzeichnenden bestätigen, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben und sich insbesondere mit der Bearbeitung allfälliger Gesundheitsdaten einverstanden zu erklären.

---

**Bestätigung  
der Angaben**

Die Unterzeichnenden bestätigen die Vollständigkeit und Richtigkeit aller gemachten Angaben. Sie nehmen zur Kenntnis, dass fehlende oder unwahre Angaben zu Leistungskürzungen oder Rückerstattungsforderungen führen können. Vorbehalten bleiben zudem Sanktionen gemäss Art. 23 GAV-VRM.

---

**Unterschrift  
Arbeitgeber**

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit aller gemachten Angaben und bin mit dem geplanten Vorruehstand meines Arbeitnehmenden einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel und Unterschrift des Arbeitgebers  
(Entfällt bei Antragstellung aus Arbeitslosigkeit)

---

**Unterschrift  
Antragstellende  
Person**

Der/Die Arbeitnehmende ist mit den getroffenen Regelungen einverstanden

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitnehmer

**Für externe Beauftragte bitte Vollmacht beilegen.**

---

**Senden an**

Stiftung VRM Maler-Gipser  
Oberwiesenstrasse 2  
8304 Wallisellen

Telefon 044 244 41 50  
E-Mail [malergipser@vrmservices.ch](mailto:malergipser@vrmservices.ch)  
[www.vrm-malergipser.ch](http://www.vrm-malergipser.ch)