**FORMULAR FÜR ARBEITGEBER
MIT VERTRAGSNUMMERN VON 20.000.00 BIS 30.9999.99****Anmeldung bei der BVK**

Formular senden an: BVK, Obstgartenstrasse 21, Postfach, 8090 Zürich

**Angaben zum
Arbeitgeber**

Arbeitgeber:

Kontaktperson: (Vorname, Name)

E-Mail:

Vertrags-Nr.:

Telefon-Nr.:

**Angaben zur
zu versichernden
Person**

Name:

Zivilstand:

Dropdown-List

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Personal-Nr.:

Private Telefonnummer:

Vorname:

Sozialversicherungs-Nr.:

756.

Geschlecht:

Dropdown-List

Adresszusatz:

**Angaben zum an-
rechenbaren Lohn**

Beschäftigungsgrad in %:

Anrechenbarer Jahreslohn in CHF:

**Angaben zu
IV-Leistungen** Uns ist bekannt, dass die zu versichernde Person eine Teilrente der eidgenössischen Invalidenversicherung erhält. Bitte nehmen Sie mit uns Kontakt auf.

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arbeitgeber: