

Anmeldung *(vom Arbeitgeber auszufüllen – bitte in Blockschrift ausfüllen)*

1. Vertragsdaten:

Arbeitgeber: Vertrags-Nr.:
Kategorie:

2. Personalien der zu versichernden Person:

Name: Vorname:
Strasse: PLZ/Ort:
Geburtsdatum: AHV-Nr.:
E-Mail privat: Telefon privat:
Zivilstand: ledig verheiratet* in eingetragener Partnerschaft* geschieden* verwitwet*
*Datum der Heirat / eingetragenen Partnerschaft / Scheidung / Verwitwung:
Geschlecht: männlich weiblich
Sprache: deutsch französisch englisch

3. Vorsorgeverhältnis:

Beginn per:
Jahreslohn CHF: Arbeitspensum in %:
Detaillierte Angaben zum Jahreslohn finden Sie im Vorsorgereglement bzw. Vorsorgeplan.

4. Der Arbeitgeber bestätigt, dass die zu versichernde Person zurzeit bzw. bei Beginn des Vorsorgeverhältnisses voll arbeitsfähig ist bzw. war:

ja
 nein Falls nein, Grad der Arbeitsunfähigkeit:% arbeitsunfähig seit:

5. Bemerkung:

.....
.....

6. Unterschrift:

Mit der Unterschrift bestätigt der Arbeitgeber die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift Arbeitgeber

Aufnahmebedingungen

Die Stiftung und der Rückversicherer entscheiden aufgrund der Gesundheitsfragen über die Aufnahme in die Versicherung. Sie können überdies eine ärztliche Untersuchung anordnen.

Ermächtigung

Ich erkläre hiermit, alle Fragen auf diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht dazu führen kann, dass Leistungen reduziert oder verweigert werden können, sowie Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können. Ich ermächtige die Stiftung und deren Rückversicherer, die zur Überprüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs sowie der Vertragsabwicklung benötigten Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, dürfen die Daten weitergegeben werden, insbesondere an Vorsorgeeinrichtungen, denen der Versicherte angehört hat oder angehört. Ich ermächtige die Stiftung und deren Rückversicherer, bei Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Behörden, Sozialversicherungen und Dritten Auskünfte zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs einzuholen, insbesondere bei der vorherigen Vorsorgeeinrichtung über eventuell erbrachte Leistungen. Für den Fall, dass dies zur Risikobeurteilung und zur Beurteilung des Leistungsanspruches notwendig ist, erstreckt sich die Einwilligung auch auf das Beschaffen von besonders schützenswerten Personendaten (wie z.B. Gesundheitsdaten) und Persönlichkeitsprofilen oder auf die Einsichtnahme in amtliche Akten. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht.

Falls die Koordination mit anderen Verträgen, durch welche ich im Rahmen der beruflichen Vorsorge ebenfalls beim gleichen Versicherer versichert bin, zur Ausführung des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages erforderlich ist, oder falls die Bearbeitung des Leistungsfalles es erfordert, willige ich ein, dass der Versicherer persönliche Daten (inklusive besonders schützenswerte Daten wie z.B. Gesundheitsdaten) zur Bearbeitung an Dritte im In- und Ausland bekannt gibt, welche am Kollektiv- Lebensversicherungsvertrag beteiligt sind oder an einem anderen Vertrag, durch welchen ich im Rahmen der beruflichen Vorsorge ebenfalls beim gleichen Versicherer versichert bin, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an Vorsorgeeinrichtungen, welchen ich angeschlossen bin oder war, sowie an Gesellschaften des Versicherers, welche an der Durchführung des Versicherungsverhältnisses mitwirken.

Im Weiteren bin ich damit einverstanden, dass zur Sicherstellung der Beratung Vorsorgeinformationen (exkl. Gesundheitsfragen) dem Bankpartner / Vermögensverwalter sowie dem zuständigen Broker / Vermittler zur Verfügung gestellt werden können.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift der zu versichernden Person

03/2024