

Firma

Kategorie

Vertrags-Nr.

Personalien der zu versichernden Person

Name

Vorname

Geburtsdatum

Soz. Vers.-Nr.

Geschlecht

männlich

weiblich

Funktion

Zivilstand

ledig

verheiratet

geschieden
seit

in eingetragener Partnerschaft

verwitwet

Strasse

PLZ/Ort

Sprache

deutsch

französisch

englisch

italienisch

E-Mail

Telefon

Beginn der Vorsorge

per

Jahreslohn

Jahreslohn CHF

Arbeitspensum

(Detaillierte Angaben zum Jahreslohn finden Sie im Vorsorgereglement bzw. Vorsorgeplan)

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

ja

nein, nähere Angaben

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Name, Vorname

Firma

Körpergrösse (cm)

Gewicht (kg)

1. Bestand bzw. besteht bei einer Vorsorgeeinrichtung ein medizinischer Vorbehalt aus gesundheitlichen Gründen?

nein ja, nähere Angaben

Bitte Kopien zustellen

2. Sind Leistungen gegenüber der beruflichen Vorsorge, IV, MV oder UV hängig bzw. wurden bereits erbracht?

nein ja, nähere Angaben

Bitte Kopien der Renten- oder Taggeldverfügungen zustellen

3. Beanspruchen Sie gegenwärtig eine ärztliche Behandlung?

nein ja, warum

Name/Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals

4. Nehmen Sie regelmässig Medikamente bzw. wurden Ihnen solche verschrieben? (min. 1 x pro Woche)

nein ja, warum und welche

5. Ist bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder ein fraglich positives Resultat ergab?

nein ja, wann

6. Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt, Psychologen, Chiropraktiker oder einen anderen Therapeuten infolge eines Unfalles oder einer Krankheit konsultiert oder steht eine Konsultation/Untersuchung/Behandlung bevor oder wurde eine solche empfohlen?

nein ja, bitte nachfolgend präzisieren

Art der Krankheit/des Unfalls; Gebrechen; Behandlungen; Untersuchungen	von	bis	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Arzt oder Spital, genaue Adresse und Abteilung

Name, Vorname

Firma

7. Bestand bei Ihrem bisherigen Arbeitgeber für den überobligatorischen Vorsorgebereich eine separate Vorsorgeeinrichtung?

nein ja, Vorsorgeeinrichtung

8. Sind Sie oder waren Sie einmal selbständigerwerbend und haben Beiträge in die «grosse Säule 3a» einbezahlt (grosse Säule 3a nur möglich ohne Anschluss an die berufliche Vorsorge)?

nein ja, Name Säule 3a Stiftung

9. Sind Sie nach dem 01.01.2006 in die Schweiz zugezogen?

nein ja Wenn ja, seit wann haben Sie Wohnsitz in der Schweiz?

Wann waren Sie zum ersten Mal in einer schweizerischen Vorsorgeeinrichtung versichert?

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. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht.

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

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Sammelstiftung PensUnit
Kauffmannweg 16
CH-6003 Luzern

Sammelstiftung PensUnit
Kauffmannweg 16
CH-6003 Luzern