

## Maximale Individualisierung in der beruflichen Vorsorge

Bitte in Blockschrift ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe. Vielen Dank!										
1. Firma		Kategorie	Vertrags-Nr.							
2. Personalien der zu versichernden Person										
Name:			Vorname:							
Geburtsdatum:			AHV-Nr.:							
Geschlecht:	□ männlich	□ weiblich	Funktion:							
Zivilstand:	□ ledig	□ verheiratet □ geschieden	<ul><li>☐ in eingetragener Partnerschaft</li><li>☐ verwitwet</li></ul>							
seit:										
Strasse:			. PLZ / Ort:							
Sprache:	□ deutsch	☐ französisch	□ englisch							
E-Mail: .			Telefon:							
3. Beginn der Vorsorge per:										
4. Jahreslohn CHF	:		Arbeitspensum:							
(Detaillierte Angabe	en zum Jahreslohn fin	den Sie im Vorsorgeregl	ement bzw. Vorsorgeplan)							
5. Der Arbeitgeber bestätigt, dass die zu versichernde Person zurzeit bzw. bei Beginn des Vorsorgeverhältnisses voll arbeitsfähig ist bzw. war:										
□ ja □ ne	ein, nähere Angaber	1:								
(Bitte Kopien der Taggeldabrechnungen zustellen)										
			wal and Hatarach wife day Firms							
Ort und Datum		Stem	pel und Unterschrift der Firma							
Für den internen Gebrauch:         Selbständig erwerbend:       Depot-Nr.       Satz B & St:										

PensFlex Sammelstiftung
Kauffmannweg 16 CH-6003 Luzern
Tel +41 41 226 15 15 Fax +41 41 226 15 10
www.pensflex.ch info@pensflex.ch



## Maximale Individualisierung in der beruflichen Vorsorge

Persönlicher Fragebogen (vom Arbeitnehmer auszufüllen)											
Name, Vorname: Firma:											
6	Körnerar	össe.		cm	(	Rewicht:	ka				
	6. Körpergrösse: cm Gewicht: kg  7. Bestand bzw. besteht bei einer Vorsorgeeinrichtung ein medizinischer Vorbehalt aus										
	gesunand □ nein	gesundheitlichen Gründen?									
8.	Sind Leis		oien zustellen) egenüber der		orsorge, IV. MV	oder UV hängig bzw. w	urden bereits erbracht?				
٥.	8. 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)										
9.				eine ärztliche I	_						
	□ nein □ ja, warum:										
	Name/Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals:										
10.	10. Nehmen Sie regelmässig Medikamente bzw. wurden Ihnen solche verschrieben?										
٠.		ns 1 x pro				<del>-</del>					
11.	_			•	·	•	ch positives Resultat ergab?				
12.	□ nein Haben Si					niropraktiker oder einer					
	infolge ei	nes Unfal		r Krankheit kor			Untersuchung / Behandlung				
			e nachfolgend	-							
Art	der Krankhei			prazisieren.		Dauer der	Arzt oder Spital,				
			Intersuchungen	von	bis	Arbeitsunfähigkeit	genaue Adresse und Abteilung				
13.					den überobligat	orischen Vorsorgebere	ich				
			orgeeinrichtu								
14.	☐ nein	□ ja oder ware					osse Säule 3a" einbezahlt				
			ur möglich, w	enn kein Ansc	hluss an die be	rufliche Vorsorge)?					
45	□ nein	□ja									
15.				n die Schweiz z		0.10					
	□ nein □ ja Wenn ja, seit wann haben Sie Wohnsitz in der Schweiz?										
Wann waren Sie zum ersten Mal in einer schweiz. Vorsorgeeinrichtung versichert?											
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	der vorherigen Vorsorgeeinrichtung über eventuell erbrachte Leistungen. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die										
Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht.											
	und Datu	 n			erschrift der zu	versichernden Person					

01/2015