

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

Persönlicher Fragebogen *(vom Arbeitnehmer auszufüllen)*

Name, Vorname: Arbeitgeber:

1. Körpergrösse: cm Gewicht: kg

2. Sind Sie zurzeit und bei Beginn der Versicherung voll oder teilweise arbeitsunfähig? Nein Ja

.....
Wenn ja, Grad der Arbeitsunfähigkeit in % von bis

3. Haben Sie Sozialversicherungsleistungen (IV, UV, MV) oder Leistungen eines anderen Versicherers beantragt? Nein Ja

.....
Wenn ja, bei welcher?

4. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben? Nein Ja

.....
Falls ja, welche Medikamente Grund der Medikamente von bis

.....
Zuständiger Arzt (Name und genaue Adresse)

5. Wurden Sie jemals auf Grund von Alkohol- oder Drogenkonsums behandelt oder wurde Ihnen eine solche Behandlung je vorgeschlagen oder angeraten? Nein Ja

.....
Falls ja, wann? Dauer? Welche Behandlung?

6. Besteht bei einer Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen? Nein Ja

.....
Falls ja, seit wann und Grund (Kopien zustellen)? Name bisherige Vorsorgeeinrichtung

7. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, psychische oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines Gebrechens? Nein Ja

Art der Krankheit / Unfall; Gebrechen; Behandlungen; Untersuchungen	von	bis	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Arzt, Spital oder Fachperson mit genauer Adresse und Abteilung

8. Bestand bei Ihrem bisherigen Arbeitgeber für den überobligatorischen Vorsorgebereich eine separate Vorsorgeeinrichtung? Nein Ja

Vorsorgeeinrichtung:

9. Sind Sie oder waren Sie einmal selbständigerwerbend und haben Beiträge in die „grosse Säule 3a“ einbezahlt (grosse Säule 3a nur möglich, wenn kein Anschluss an die berufliche Vorsorge)? Nein Ja

Name Säule 3a Stiftung:

10. 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 schweiz. Vorsorgeeinrichtung versichert?

PensFlex Sammelstiftung

Kauffmannweg 17 6003 Luzern

T +41 41 226 15 15 welcome@pensflex.ch

www.pensflex.ch

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