

## Eintrittsmeldung Arbeitgeber

Unternehmen

_____			
Herr	Frau		
Name		Vorname	
_____			
Strasse			
_____			
PLZ/Ort/Land			
_____			
Geburtsdatum		SV-Nummer	
_____			
Zivilstand	ledig	verheiratet	geschieden
	eingetragene Partnerschaft	aufgelöste Partnerschaft	verwitwet
Unterstützungspflicht		ja	nein
_____			
Personenkreis/Plan		Eintritt Unternehmen	
_____			
Beschäftigungsgrad (%)		Versicherungsbeginn	
_____			
AHV-Jahreslohn		Personal-Nummer	
_____			

Eintritt bis zum 15. des Monats: 1. des Monats / Eintritt ab dem 16. des Monats: 1. des Folgemonats

Wird die zu versichernde Person:

in eine Zusatz- oder Kadervorsorge aufgenommen?  
Wenn ja, in welche? ja nein

in eine externe Einrichtung der beruflichen Vorsorge aufgenommen?  
Wenn ja, in welche? ja nein

Ist die zu versichernde Person bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig? ja nein

Als nicht voll arbeitsfähig gilt, wer bei Versicherungsbeginn

- aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit fernbleiben muss,
- Taggelder infolge Krankheit oder Unfall bezieht oder bereits einen Anspruch bei einer Versicherung angemeldet hat,
- bereits eine Invalidenrente bezieht,
- aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr seiner Ausbildung entsprechend voll beschäftigt werden kann.

Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

## Eintrittsmeldung Arbeitnehmer

Unternehmen

Name  Vorname

Strasse

PLZ/Ort/Land

Geburtsdatum  SV-Nummer

E-Mail  Sprache  D  F  I  E

Zivilstand  ledig  verheiratet  geschieden   
 eingetragene Partnerschaft  aufgelöste Partnerschaft  verwitwet

Datum Heirat/eingetragene Partnerschaft

Name, Vorname, Geburtsdatum Ehepartner/Partner

Eintritt Unternehmen  Versicherungsbeginn

Beschäftigungsgrad (%)

**Allfällige vorhandene Austrittsleistungen aus früheren Vorsorgeverhältnissen müssen gemäss Art. 60a BVV2 an die Valitas Sammelstiftung BVG überwiesen werden.**

**Den Einzahlungsschein zur Überweisung erhalten Sie bei Ihrem neuen Arbeitgeber.**

Haben Sie bereits einen Vorbezug für Wohneigentum (WEF) getätigt?  ja  nein

Ist Ihre Freizügigkeitsleistung verpfändet?  ja  nein

Waren Sie im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns voll arbeitsfähig?  ja  nein\*

Erhalten Sie Leistungen der Invalidenversicherung, Militärversicherung, Unfallversicherung oder einer anderen Vorsorgeeinrichtung?  ja  nein

Wenn ja, von welcher?  IV-Grad  %

\*Wenn nein muss der Gesundheitsfragebogen auf der nächsten Seite ausgefüllt werden.

Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte Eintrittsmeldung innerhalb von 14 Tagen direkt an die Valitas Sammelstiftung BVG.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer

Name/Vorname

SV-Nummer

## Gesundheitsfragebogen

Seit wann sind Sie in Ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

Waren Sie bei Versicherungsbeginn unter ärztlicher Kontrolle oder in ärztlicher Behandlung?

ja      nein

Wenn ja, weshalb?

Seit wann?

Behandelnder Arzt\*?

Nehmen Sie Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben?

ja      nein

Wenn ja, welche?

Aus welchem Grund?

Behandelnder Arzt\*?

Sind Sie in den letzten 2 Jahren krank gewesen, verunfallt oder operiert worden?

ja      nein

Wenn ja, um welche Krankheit, Verletzung oder Operation handelte es sich?

Wann fand die Behandlung statt?

Behandelnder Arzt\*?

Waren Sie bei der Vorsorgeeinrichtung Ihres vorherigen Arbeitgebers aus gesundheitlichen Gründen mit Vorbehalt oder Prämienzuschlag versichert?

ja      nein

Wenn ja, weshalb?

Seit wann?

Vorsorgeeinrichtung:

\*Vollständigen Namen und Adresse angeben.

Eine Verletzung der Anzeigepflicht berechtigt zum Rücktritt vom Vertrag gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908. Vorbehalten bleibt die Prüfung der Aufnahme zu den vertraglichen Versicherungsleistungen aufgrund eines ärztlichen Untersuchungsberichts.

Ich bestätige hiermit, alle Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und ermächtige die von der Valitas Sammelstiftung BVG angefragten Personen, Einrichtungen und Versicherungsgesellschaften alle zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs nötigen Auskünfte zu geben. Zudem gestatte ich der Valitas, den Mit- und Rückversicherern sowie Vorsorgeeinrichtungen, denen ich angehört habe oder angehöre, alle dem Versicherungszweck dienenden Daten weiter zu geben.

**Bereits vorhandene Entscheide / Verfügungen sind mitzuschicken.**

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer