

Eintrittsmeldung (durch Arbeitgeber auszufüllen)

Angaben des zu versichernden Arbeitnehmers:

Unternehmen

Herr Frau

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort/Land

Geburtsdatum

SV-Nummer 756.

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 der Eidg. Invalidenversicherung bezieht,
- aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr seiner Ausbildung entsprechend voll beschäftigt werden kann.

Datum

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber

Eintrittsmeldung (durch Arbeitnehmer auszufüllen)

Unternehmen

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort/Land

Geburtsdatum

SV-Nummer

E-Mail

Sprache

D

F

I

Zivilstand

ledig

verheiratet

geschieden

eingetragene Partnerschaft

aufgelöste Partnerschaft

verwitwet

Datum Heirat/eingetragene Partnerschaft

Name, Vorname, Geburtsdatum Ehepartner/Partner

Eintritt Unternehmen

Versicherungsbeginn

Beschäftigungsgrad (%)

Allfällige vorhandene Freizügigkeitsleistungen aus früheren Vorsorgeverhältnissen müssen gemäss Art. 60a BVV2 an die Compacta Sammelstiftung BVG überwiesen werden.

Die Angaben zur Überweisung lassen wir Ihnen mit der Eintrittsbestätigung und Ihrem Vorsorgeausweis zukommen.

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

ja nein

Ist Ihre Freizügigkeitsleistung verpfändet?

ja nein

Haben Sie in den letzten drei Jahren Einkaufsbeiträge geleistet?

ja nein

Wenn ja, wann: _____

Sind Sie innerhalb der letzten fünf Jahre aus dem Ausland zugezogen?

ja nein

Wenn ja, wann: _____

Waren Sie im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns voll arbeitsfähig?

ja nein*

Erhalten Sie Leistungen der Eidg. 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 Compacta Sammelstiftung BVG, Zug.

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 Compacta Sammelstiftung BVG angefragten Personen, Einrichtungen und Versicherungsgesellschaften alle zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs nötigen Auskünfte zu geben. Zudem gestatte ich der Compacta Sammelstiftung BVG, 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 beizulegen.

Datum

Unterschrift Arbeitnehmer