

## Eintrittsmeldung durch Arbeitgeber

(Angaben des zu versichernden Arbeitnehmers)

Unternehmen

Herr	Frau
------	------

Name	Vorname
------	---------

Strasse, Nr.

PLZ/Ort/Land

Geburtsdatum	AHV/SV-Nummer
--------------	---------------

Zivilstand	ledig	verheiratet	geschieden
	eingetragene Partnerschaft	aufgelöste Partnerschaft	verwitwet

Unterstützungspflicht	ja	nein
-----------------------	----	------

Personenkreis/Plan	Eintritt Unternehmen
--------------------	----------------------

Beschäftigungsgrad (%)	Versicherungsbeginn
------------------------	---------------------

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

AHV-Jahreslohn (Monatslohn x 12 oder x 13)	Personal-Nummer
---	-----------------

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.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift Arbeitgeber
------------	--------------------------------------

## Eintrittsmeldung durch Arbeitnehmer

### 1. Versicherte Person

Unternehmen

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ/Ort/Land

Geburtsdatum

AHV/SV-Nummer

Nationalität

Tel-Nr.

E-Mail

Korrespondenz

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

Zivilstand

ledig

verheiratet

geschieden

eingetragene Partnerschaft

aufgelöste Partnerschaft

verwitwet

Datum Heirat/eingetragene Partnerschaft

Name, Vorname, Geburtsdatum Ehepartner/Partner

Eintritt Unternehmen

Beschäftigungsgrad (%)

**Allfällige vorhandene Austrittsleistungen aus früheren Vorsorgeverhältnissen müssen an uns überwiesen werden (Art. 60a BVV2).**

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

### 2. Notwendige Angaben

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

- ➔ **Wenn nein: füllen Sie zwingend den beiliegenden Gesundheitsfragebogen aus.**

Name	Vorname
AHV/SV-Nummer	

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

➔ Wenn ja: von welcher/n?	IV-Grad	%
---------------------------	---------	---

Erhalten Sie Leistungen aus einer ausländischen Invaliden- oder Arbeitsunfähigkeits-Rentenversicherung?	ja	nein
---	----	------

➔ Wenn ja: von welcher? Bitte geben Sie die vollständige(n) Adresse(n) inkl. Telefonnummer an	IV-Grad	%
--	---------	---

➔ Bitte senden Sie die vollständig ausgefüllte Eintrittsmeldung innerhalb von 14 Tagen direkt an uns. Unsere Adresse finden Sie in der Fusszeile.

Ort, Datum	Unterschrift Arbeitnehmer
------------	---------------------------

## Gesundheitsfragebogen

Name/Vorname

AHV/SV-Nummer

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 in den letzten 5 Jahren solche verschrieben?

ja

nein

➔ Wenn ja: welche? von wann bis wann?

➔ Aus welchem Grund?

➔ Behandelnder Arzt\*?

Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 2 Wochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig infolge Krankheit, Unfall oder Operation?

ja

nein

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

geheilt

nicht geheilt

➔ Von wann bis wann fand die Behandlung statt?

➔ Ist eine Operation (ambulant oder stationär) vorgesehen/empfohlen?

ja

nein

➔ 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. Die von der oben aufgeführten Vorsorgeeinrichtung angefragten Personen, Einrichtungen und Versicherungsgesellschaften ermächtige ich, alle Auskünfte zu geben, die zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs nötig sind. Ich autorisiere die oben aufgeführte Vorsorgeeinrichtung, alle dem Versicherungszweck dienenden Daten an Mit- und Rückversicherer sowie Vorsorgeeinrichtungen, denen ich angehört habe oder angehöre, weiterzugeben.

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

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitnehmer