

## Eintrittsmeldung durch Arbeitgeber

(Angaben des zu versichernden Arbeitnehmers)

Unternehmen

Herr	Frau
Name	Vorname
Strasse, Nr.	
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

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? ja nein  
➔ Wenn ja: in welche?

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

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 SV-Nummer 756.

---

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 in den letzten zwei Jahren für mehr als einen Monat ganz oder teilweise arbeitsunfähig oder sind Sie zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns eingeschränkt arbeitsfähig? ja nein

- ➔ **Wenn ja, füllen Sie zwingend den beiliegenden Gesundheitsfragebogen aus.**
-

Name	Vorname
SV-Nummer 756.	

Erhalten Sie Leistungen der Invalidenversicherung, Militärversicherung, Unfallversicherung oder einer anderen Vorsorgeeinrichtung?	ja	nein
Wenn ja: von welcher/n?	IV-Grad	%

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

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

**Nicht anzugeben sind:** Mandel- und Blinddarmentzündungen, Grippe, Erkältungskrankheiten, Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Verhütungsmittel, Niederkunft und gynäkologische Kontrollen, welche normale Werte ergeben haben.

Name/Vorname SV-Nummer 756.

---

Körpergrösse cm Gewicht kg

---

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja  nein

---

- ➔ Wenn ja: weshalb?
  - ➔ Seit wann?
  - ➔ Behandelnder Arzt (genaue Adresse)?
- 

Werden Sie oder wurden Sie auf Grund eines Alkohol- oder eines Drogenkonsums behandelt oder wurde Ihnen eine solche Behandlung je vorgeschlagen oder angeraten? ja  nein

---

- ➔ Wenn ja: wann?
  - ➔ Dauer?
  - ➔ Welche Behandlung?
- 

Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, psychische oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an Folgen eines Unfalls, einer Krankheit? ja  nein

Art der Krankheit/Unfall, Gebrechen, Behandlung, Untersuchungen	von	bis	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Arzt, Spital oder Fachperson (genaue Adresse und Abteilung)	Folgenlos ausgeheilt? Ja/Nein
---	-----	-----	------------------------------	---	-------------------------------

---

**Erklärung zur Anzeigepflicht und zum Datenschutz**

Die Aufnahme in die planmässige Versicherungsdeckung kann von einer aktuellen Risikobeurteilung abhängig gemacht werden. Die Valitas Sammelstiftung BVG (nachfolgend «Valitas») hat diese Risikobeurteilung an eventuell weitere Rückversicherungen sowie an Vertrauensärztliche Dienste zur Bearbeitung zu übertragen. Die Valitas, respektive weitere Rückversicherungen sowie Vertrauensärztliche Dienste, benötigen dazu alle Rechte, um Ihre Angaben im Gesundheitsfragebogen zu prüfen und auch weitere gesundheitsbezogene Informationen einzuholen. Die Valitas, respektive weitere Rückversicherungen sowie Vertrauensärztliche Dienste, bearbeiten Ihre gesundheitsbezogenen Angaben zur Risikobeurteilung sowie zur Begründung eines eventuellen Vorbehaltes.

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 und Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können. Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten an die Valitas und eventuell weitere Rückversicherungen sowie an Vertrauensärztliche Dienste übermittelt und dort zu den in diesem Dokument genannten Zwecken verwendet werden. Die Valitas kann beim Vorversicherer oder bei Dritten, insbesondere bei Medizinal- und deren Hilfspersonen, Behörden und Sozialversicherungen, sowie Vorsorgeeinrichtungen, welchen ich angeschlossen bin oder war, sachdienliche Auskünfte zum bisherigen Leistungsverlauf einholen, insbesondere zur Risikoabklärung und zur Verwaltung der Leistungsfälle. 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 Medizinal- und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht.

Ort, Datum Unterschrift Arbeitnehmer

---