

Geschäftsstelle  
St. Alban-Anlage 26  
Postfach 3855  
4002 Basel  
Telefon 061 280 26 66  
Telefax 061 280 29 77  
www.swisscanto.ch

Kontaktstelle: \_\_\_\_\_

Swisscanto-Vertrag     Swisscanto Supra-Vertrag

Vertrag Nr.: 1301.V.O. \_\_\_\_\_

Kategorie (falls mehrere Kategorien vorhanden sind): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## Anmeldung zur Versicherung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.dat.: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w

verheiratet:  ja  nein Datum der Eheschliessung: \_\_\_\_\_ Unterhaltspflichtig:  ja  nein

Anstellung:  Vollzeit  Saisonnier  Teilzeit; Beschäftigungsgrad %: \_\_\_\_\_ Sprache:  d  f  i

Eintritt in die Firma: \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn (wenn nicht gleich Firmeneintritt): \_\_\_\_\_

voraussichtlicher AHV-pflichtiger Jahreslohn in CHF<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig<sup>2</sup>:  ja  nein Plan Nr. (falls relevant): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.dat.: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w

verheiratet:  ja  nein Datum der Eheschliessung: \_\_\_\_\_ Unterhaltspflichtig:  ja  nein

Anstellung:  Vollzeit  Saisonnier  Teilzeit; Beschäftigungsgrad %: \_\_\_\_\_ Sprache:  d  f  i

Eintritt in die Firma: \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn (wenn nicht gleich Firmeneintritt): \_\_\_\_\_

voraussichtlicher AHV-pflichtiger Jahreslohn in CHF<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig<sup>2</sup>:  ja  nein Plan Nr. (falls relevant): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.dat.: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w

verheiratet:  ja  nein Datum der Eheschliessung: \_\_\_\_\_ Unterhaltspflichtig:  ja  nein

Anstellung:  Vollzeit  Saisonnier  Teilzeit; Beschäftigungsgrad %: \_\_\_\_\_ Sprache:  d  f  i

Eintritt in die Firma: \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn (wenn nicht gleich Firmeneintritt): \_\_\_\_\_

voraussichtlicher AHV-pflichtiger Jahreslohn in CHF<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig<sup>2</sup>:  ja  nein Plan Nr. (falls relevant): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geb.dat.: \_\_\_\_\_ AHV-Nr.: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w

verheiratet:  ja  nein Datum der Eheschliessung: \_\_\_\_\_ Unterhaltspflichtig:  ja  nein

Anstellung:  Vollzeit  Saisonnier  Teilzeit; Beschäftigungsgrad %: \_\_\_\_\_ Sprache:  d  f  i

Eintritt in die Firma: \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn (wenn nicht gleich Firmeneintritt): \_\_\_\_\_

voraussichtlicher AHV-pflichtiger Jahreslohn in CHF<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Vollständig arbeits- bzw. erwerbsfähig<sup>2</sup>:  ja  nein Plan Nr. (falls relevant): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> voraussichtlicher AHV-pflichtiger Jahreslohn in CHF: Für Saisonniers und Personen, die weniger als 12 Monate beschäftigt sind, gilt als Jahreslohn der Lohn, den sie bei ganzjähriger Beschäftigung erzielen würden. Für Personen, die ein unregelmässiges und/oder im Betrage schwankendes Einkommen erzielen, gilt als Jahreslohn der Lohn, den sie voraussichtlich in einem ganzen Jahr beziehen würden.

<sup>2</sup> nicht vollständig arbeits- resp. erwerbsfähig: Für jede aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht vollständig arbeits- resp. erwerbsfähige Person (insbesondere für Bezüger von IV-Renten) sind die ergänzenden Angaben auf der Rückseite sowie ein individueller Ergänzungsantrag (Form. Nr. 2-1240) auszufüllen.

### 1. Anmeldefrist für zu versichernde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Bitte melden Sie uns die zu versichernden Personen per Eintrittstag oder per Versicherungsbeginn, spätestens aber 60 Tage nach Beginn des Arbeitsverhältnisses.

### 2. Risikoübernahme bei voller/teilweiser Arbeits- resp. Erwerbsfähigkeit

Zu versichernde Personen werden normal in die Versicherung aufgenommen, sofern

- sie bei Antritt des Arbeitsverhältnisses/bei Versicherungsbeginn voll arbeits- resp. erwerbsfähig sind und
- sie bei der Stiftung fristgerecht, d. h. spätestens 60 Tage nach Beginn des Arbeitsverhältnisses angemeldet werden und
- keine besondere Risikoprüfung durchgeführt werden muss. Die Durchführung der Risikoprüfung wird von der Patria, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft, Basel (nachstehend Patria), festgelegt.

Unter den genannten Voraussetzungen gewährt die Stiftung definitiven Versicherungsschutz ab vorgesehennem Beginn.

Bei Festlegung einer besonderen Risikoprüfung und in allen übrigen Fällen (z.B. bei teilweiser Arbeits- resp. Erwerbsfähigkeit) ist der Stiftung zu Handen der Patria ein Ergänzungsantrag mit Gesundheitsfragen (Form. Nr. 2-1 240) einzureichen. Die Patria klärt den Gesundheitszustand des Antragstellers ab. Der Versicherungsschutz ist unter diesen Umständen provisorisch und wird erst nach entsprechender Mitteilung durch die Stiftung – und allenfalls mit bestimmten Erschwerungen – definitiv.

**Im Rahmen der durch das BVG zu versichernden Leistungen wird jedoch jeder Antragsteller obligatorisch versichert, der zu mehr als einem Drittel arbeits- resp. erwerbsfähig ist.**

### 3. Ergänzende Angaben für nicht vollständig arbeits- resp. erwerbsfähige Personen

Name	Grad der Arbeits- resp. Erwerbsfähigkeit	Anmeldung bei Eidg. Invalidenversicherung erfolgt	IV-Verfügung liegt vor	SUVA-Verfügung liegt vor
_____	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Bedingungen auf beiden Seiten dieses Formulars wurden zur Kenntnis genommen und akzeptiert. Alle auf der Seite 1 aufgeführten Personen werden zur Versicherung angemeldet.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift der Firma: \_\_\_\_\_

Neu angemeldeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren Freizügigkeitsleistung aus dem früheren Arbeitsverhältnis noch ausstehend ist, geben Sie bitte das Formular «Hinweis für neue Mitarbeiter» (Form. Nr. 2-1 253) mit.