

Anmeldung zur Kollektivversicherung

BVG-Vertrag/BVG-Risikovertrag

Vertragsnummer

Firma (Kurzname)

Kategorie

Personalangaben

	Name			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Vorname		
Adresse	Strasse, Nr.	PLZ, Wohnort		
Sprache (für den Vorsorgeausweis)	<input type="checkbox"/> deutsch	<input type="checkbox"/> französisch	<input type="checkbox"/> italienisch	<input type="checkbox"/> englisch
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)				
AHV-Nummer (11-stellig)				
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden
Name und Vorname des Ehepartners vor der Heirat				
Geburtsdatum des Ehepartners (Tag, Monat, Jahr)				
Datum der Verheiratung (Tag, Monat, Jahr)				
Versicherungsbeginn (gemäss Vorsorgereglement)				
Eintritt in die Firma				
Jahreslohn (bei unterjährigem Beginn Lohn für ganzes Jahr angeben)	effektiv	CHF		
Beschäftigungsgrad (Teilzeit)		%		
<small>(nur eintragen, wenn der Koordinationsabzug bei Teilzeitbeschäftigten zu reduzieren ist; nicht anwendbar bei krankheits- bzw. unfallbedingter Teilzeitbeschäftigung)</small>				
Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		

Wohneigentum

- Ist der Anspruch auf die Vorsorgeleistungen **verpfändet**? ja nein
Wenn ja, bitte Kopie des Pfandvertrages beilegen.
- Hat die zu versichernde Person einen Teil Ihrer Freizügigkeitsleistung **vorbezogen**? ja nein
Wenn ja, Datum und Betrag des Vorbezuges:
Datum: CHF davon BVG: CHF

Bemerkungen

Arbeitgeber/Arbeitgeberin (bzw. firmeneigene Stiftung)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Bitte auch Rückseite durch die zu versichernde Person ausfüllen lassen.



Fragen an die zu versichernde Person

1. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren vor Versicherungsbeginn gesundheitliche Störungen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Wochen führten, oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Störungen? ja nein
Wenn ja, welche?
2. Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung oder Kontrolle und/oder in der Behandlung eines Chiropraktikers? ja nein
Wenn ja, bei wem? Name:
Adresse: Strasse, Nr.
PLZ, Ort
3. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich? ja nein
3.1. Wenn ja, welche?
3.2. Behandelnder resp. verordnender Arzt: Name:
Adresse: Strasse, Nr.
PLZ, Ort
4. Beziehen Sie Leistungen gemäss Eidg. IV, MVG, UVG, BVG, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung, oder haben Sie Leistungen beantragt? ja nein
Wenn ja: • von wem
• für welchen Invaliditätsgrad? % Betrag im Jahr CHF

Bitte dieser Anmeldung die Entscheide/Verfügungen der genannten Institutionen beilegen.

Übertragung an die neue Vorsorgeeinrichtung

Treten Versicherte in eine neue Vorsorgeeinrichtung ein, so hat die frühere Vorsorgeeinrichtung die Austrittsleistung an die neue zu überweisen. (Art. 3 Abs. 1 FZG)
Überweisung an: Swiss Life, 8022 Zürich, PC-Konto 80-936-4.
Vertragsnummer und Name Ihres neuen Arbeitgebers.
Einzahlungsscheine können Sie beim neuen Arbeitgeber beziehen.

Zusatzfragen für Selbstständigerwerbende

Wann haben Sie die selbstständige Erwerbstätigkeit aufgenommen?
Waren Sie dem BVG bereits obligatorisch unterstellt? ja nein
Wenn ja: von bis

Wünschen Sie von **Swiss Life** eine **Beratung** zu Ihrer persönlichen Vorsorge? ja nein

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis/Akteneinsicht

Soweit für die **Durchführung der Personalvorsorge** (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) **erforderlich**, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die **konkret notwendigen Informationen** eingeholt, und sämtliche Daten werden durch Swiss Life **streng vertraulich** behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der **vertragsmässigen Abwicklung** des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann Swiss Life bzw. die Stiftung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.

Bitte einsenden an: Swiss Life, Postfach, 8022 Zürich