

EINTRITTSMELDUNG

Firma: _____ Anschluss Nr: _____
Vorsorgeplan (Pers, Kader, GL): _____

1. Personalien

Name: _____ Vorname: _____
Strasse, Nr: _____ PLZ, Ort: _____
Geb.-Datum: _____ Vers. Nummer: _____
Beschäftigungsgrad: _____ Geschlecht: Mann Frau
Zivilstand: ledig verwitwet verheiratet seit: _____ geschieden seit: _____
Tel. p: _____ Tel. m: _____ E-Mail p: _____

2. Eintrittsdaten / Lohnangaben / Art der Beschäftigung

Eintritt in die Firma: _____ Versicherungsbeginn: _____
Brutto-AHV-Jahreslohn: _____ Berufl. Tätigkeit: _____

Erfolgt die Anstellung aufgrund einer Umschulung der Eidg. Invalidenversicherung (IV)? Ja Nein

3. Arbeitsfähigkeit

Ist die zu versichernde Person zurzeit und bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig? Ja Nein
Wenn nein, Grad der Arbeitsunfähigkeit: _____ Seit wann: _____

Hat die zu versichernde Person einen Antrag für den Leistungsbezug bei einer Sozialversicherung (IV, UV, MV) oder einer anderen Versicherung gestellt? Ja Nein
Wenn ja, bei welcher: _____
(Sofern Entscheid vorliegt, bitte beilegen.)

Wurde aufgrund der IV-Revision 6a eine Invalidenrente reduziert oder aufgehoben? Ja Nein

4. Gesundheitserklärung

Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen? Ja Nein
Wenn ja, seit wann: _____ Grund: _____

Bisherige Vorsorgeeinrichtung inkl. Adresse:

5. Weitere Angaben

Sind in der Vergangenheit Ansprüche auf Vorsorgeleistungen oder der Anspruch auf die Freizügigkeitsleistung verpfändet oder vorbezogen worden? verpfändet
 vorbezogen
 Nein

Wenn ja, Pfandgläubiger inkl. Adresse:

6. Erklärung zur Anzeigepflicht und zum Datenschutz

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 werden können, und dass Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können.

Ich ermächtige die Rückversicherungsgesellschaft, die zur Überprüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs sowie der Vertragsabwicklung benötigten Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, dürfen die Daten weitergegeben werden, insbesondere an Mit- und Rückversicherer sowie an Vorsorgeeinrichtungen, denen ich angehört habe oder angehöre.

Ort und Datum: _____ Unterschrift der zu versichernden Person: _____ Unterschrift der Firma: _____