PensFlex Maximale Individualisierung in der beruflichen Vorsorge

Anmeldung *(vom Arbeitgeber auszufüllen)*

Bitte in Blockschrift ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare ersparen Ihnen und uns zusätzliche Umtriebe. Vielen Dank!

1. Firma Kategorie Vertrags-Nr.

....

2. Personalien der zu versichernden Person

Name: ……..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... AHV-Nr.: .....

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich Funktion: .....

Zivilstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ in eingetragener Partnerschaft
☐ geschieden ☐ verwitwet

seit: .....

Strasse: ……..... PLZ / Ort: .....

Sprache: ☐ deutsch ☐ französisch ☐ englisch ☐ italienisch

E-Mail: ……..... Telefon: .....

3. Beginn der Vorsorge per: .....

4. Jahreslohn CHF: ..... **Arbeitspensum:** .....

(Detaillierte Angaben zum Jahreslohn finden Sie im Vorsorgereglement bzw. Vorsorgeplan)

5. Der Arbeitgeber bestätigt, dass die zu versichernde Person zurzeit bzw. bei Beginn des Vorsorgeverhältnisses voll arbeitsfähig ist bzw. war:

☐ ja ☐ nein, nähere Angaben: .....

(Bitte Kopien der Taggeldabrechnungen zustellen)

....
Ort und Datum **Stempel und Unterschrift der Firma**

01/2015

Für den internen Gebrauch:

Selbständig erwerbend:…… Depot-Nr…….. Satz B & St:……

PensFlex Sammelstiftung
Kauffmannweg 16 CH-6003 Luzern
Tel +41 41 226 15 15 Fax +41 41 226 15 10
www.pensflex.ch info@pensflex.ch

PensFlex Maximale Individualisierung in der beruflichen Vorsorge

Persönlicher Fragebogen *(vom Arbeitnehmer auszufüllen)*

Name, Vorname: ..... **Firma:** .....

6. Körpergrösse: …….. cm **Gewicht:** …….. kg

7. Bestand bzw. besteht bei einer Vorsorgeeinrichtung ein medizinischer Vorbehalt aus gesundheitlichen Gründen?

☐ nein ☐ ja, nähere Angaben: .....
(Bitte Kopien zustellen)

8. Sind Leistungen gegenüber der Beruflichen Vorsorge, IV, MV oder UV hängig bzw. wurden bereits erbracht?

☐ nein ☐ ja, nähere Angaben: .....
(Bitte Kopien der Renten- oder Taggeldverfügungen zustellen)

9. Beanspruchen Sie gegenwärtig eine ärztliche Behandlung?

☐ nein ☐ ja, warum: ……..

Name/Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals: ……..……

……..……...

10. Nehmen Sie regelmässig Medikamente bzw. wurden Ihnen solche verschrieben?
(mindestens 1 x pro Woche)

☐ nein ☐ ja, warum und welche: …….....

11. Ist bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder ein fraglich positives Resultat ergab?

☐ nein ☐ ja, wann: …….....

12. Haben Sie in den letzten 5 Jahren einen Arzt, Psychologen, Chiropraktiker oder einen anderen Therapeuten infolge eines Unfalles oder einer Krankheit konsultiert oder steht eine Konsultation / Untersuchung / Behandlung bevor oder wurde eine solche empfohlen?

☐ nein ☐ ja, bitte nachfolgend präzisieren:

Art der Krankheit / Art des Unfalls; Gebrechen; Behandlungen; Untersuchungen	von	bis	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Arzt oder Spital, genaue Adresse und Abteilung

13. Bestand bei Ihrem bisherigen Arbeitgeber für den überobligatorischen Vorsorgebereich eine separate Vorsorgeeinrichtung?

☐ nein ☐ ja Vorsorgeeinrichtung: .....

14. Sind Sie oder waren Sie einmal selbständigerwerbend und haben Beiträge in die „grosse Säule 3a“ einbezahlt (grosse Säule 3a nur möglich, wenn kein Anschluss an die berufliche Vorsorge)?

☐ nein ☐ ja Name Säule 3a Stiftung: .....

15. Sind Sie nach dem 01.01.2006 in die Schweiz zugezogen?

☐ nein ☐ ja Wenn ja, seit wann haben Sie Wohnsitz in der Schweiz? ……..……

Wann waren Sie zum ersten Mal in einer schweiz. Vorsorgeeinrichtung versichert? .....

Aufnahmebedingungen
Die Stiftung und der Rückversicherer entscheiden aufgrund der Gesundheitsfragen über die Aufnahme in die Versicherung. Sie können überdies eine ärztliche Untersuchung anordnen.

Ermächtigung
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, sowie Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können. Ich ermächtige die Stiftung und deren Rückversicherer, die zur Überprüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs sowie der Vertragsabwicklung benötigten Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, dürfen die Daten weitergegeben werden, insbesondere an Vorsorgeeinrichtungen, denen der Versicherte angehört hat oder angehört. Ich ermächtige die Stiftung und deren Rückversicherer, bei Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Behörden, Sozialversicherungen und Dritten Auskünfte zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs einzuholen, insbesondere bei der vorherigen Vorsorgeeinrichtung über eventuell erbrachte Leistungen. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht.

....
Ort und Datum **Unterschrift der zu versichernden Person**