

Anmeldung zur Versicherung ausserhalb des BVG

Betrifft Vertrag Nr.

Vom Versicherungsnehmer (Stiftung) resp. Arbeitgeber auszufüllen.

1. a) Familienname
- b) Vorname
- c) Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
- d) Geschlecht männlich weiblich
- e) Zivilstand ledig verheiratet verwitwet geschieden
- Datum der Eheschliessung:
- f) wenn unverheiratet: Besteht eine gesetzliche Unterstützungspflicht? Ja Nein
- g) Ausgeübter Beruf/Stellung
- h) Adresse: Strasse, Haus-Nr.
PLZ, Wohnort
- i) AHV-Nr. . . .
- k) Sprache für Versicherungsdokumente deutsch französisch italienisch englisch

2. a) Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig? Ja Nein, Grund:
- b) Bezieht sie Leistungen der IV, MV oder gemäss UVG und/oder aus einer Personalvorsorgeeinrichtung oder sind Ansprüche hängig? Nein Ja (Falls ja, bitte Rentenbescheid beilegen)

3. a) Diensteintritt (Tag, Monat, Jahr)
- b) Versicherungsbeginn (1. Tag eines Monats)
- c) Zu versichernder Jahreslohn Fr.

4. a) Anzurechnende ausserobligatorische Austrittsleistung (Freizügigkeitsleistung) Fr.
- b) Name und Adresse der bisherigen Vorsorgeeinrichtung: (Falls ausserobligatorische Austrittsleistungen vorhanden sind, bitten wir Sie, dieser Anmeldung eine Kopie der Abrechnung über die Austrittsleistung beizulegen)

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers (Stiftung) resp. Arbeitgebers

....., den

Wir bitten um Zustellung weiterer Formulare

Die zweite Seite muss durch die zu versichernde Person unbedingt ausgefüllt werden.

- 6. a) Halten Sie sich gegenwärtig für vollständig gesund?
- b) Leiden Sie gegenwärtig an einer Krankheit, oder an den Folgen einer Krankheit, einer Operation oder eines Unfalles?
- (wenn ja genaue Bezeichnung, seit wann? Name und Adresse des behandelnden Arztes)?
- c) Haben Sie Ihre Arbeit in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen für mehr als 4 aufeinanderfolgende Wochen unterbrechen müssen?
- d) Welche anderen Krankheiten oder Operationen haben Sie in den letzten 10 Jahren durchgemacht?
- (genaue Bezeichnung, Datum, Name und Adresse des behandelnden Arztes)
- e) Sind Sie mit einem körperlichen Gebrechen behaftet? (wenn ja, bitte Art angeben)
- f) Haben Sie jemals Sanatoriums- oder andere Kuren durchgemacht?
- (wenn ja, welche und wann?)
- 7. Wer ist Ihr Hausarzt?
- (Name und Adresse angeben)
- 8. Welches ist a) Ihre Körperlänge b) Ihr Körpergewicht? a) cm b) kg
- 9. Waren Sie bei ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung mit einem Gesundheitsvorbehalt (Leistungsausschluss, -begrenzung oder -erschwerung, Prämienzuschlag) versichert?
- (wenn ja, bitte Datum des Gesundheitsvorbehaltes angeben)

Die zu versichernde Person erklärt, die vorstehenden Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Die Gültigkeit der Versicherung ist davon abhängig (Artikel 6 des Versicherungsvertrags-Gesetzes).

Mit der Anmeldung zur Versicherung erklärt sich die zu versichernde Person damit einverstanden, dass die aus dieser Anmeldung bzw. aus der Durchführung der beruflichen Vorsorge sich ergebenden Daten der Basler übermittelt werden. Soweit erforderlich gibt diese die versicherungsbezogenen Daten an andere Versicherungseinrichtungen, namentlich an Mit- und Rückversicherer, weiter.

Die Vorsorgekasse, die Stiftung sowie die Basler und die beteiligten Versicherungsgesellschaften haben alle nötigen Massnahmen für eine streng vertrauliche Behandlung der Daten getroffen.

Die zu versichernde Person entbindet Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und Versicherungsinstitutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Basler und ermächtigt sie, ihr alle im Zusammenhang mit der Versicherung benötigten Auskünfte zu erteilen.

....., den..... Unterschrift der zu versichernden Person:

Bitte leer lassen

Abkürzungen

- BVG Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
- IV Eidg. Invalidenversicherung
- MV Militärversicherung
- UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung