

Anmeldung Vorsorgeplan BV

Teil 1 – durch den Arbeitgeber auszufüllen

Bitte Teil 1 vollständig ausfüllen, unterzeichnen und die gesamte Anmeldung zwecks Komplettierung von Teil 2 dem Arbeitnehmer weitergeben. Aus Datenschutzüberlegungen kann der Arbeitnehmer die gesamte Anmeldung eigenhändig einreichen.

Arbeitgeber

Betriebs-Nr.

Name des Betriebes

PLZ, Ort

Versicherte Person

Soz. Vers.-Nummer

Name, Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Geburtsdatum /
Geschlecht

TT.MM.JJJJ

weiblich

männlich

Eintrittsdatum

TT.MM.JJJJ

Voraussichtlicher AHV-
Jahreslohn CHF

Vorsorgeplan

BV1

BV2

BV3

BV4

Freizügigkeitsleistung

Die Freizügigkeitsleistung ist von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung zu uns zu überweisen. Weitere Informationen dazu erhalten Sie auf der Geschäftsstelle.

Der Arbeitgeber bestätigt die Korrektheit der Angaben in Teil 1 dieser Anmeldung.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Anmeldung Vorsorgeplan BV

Teil 2 – durch den Arbeitnehmer auszufüllen

Bitte Teil 2 vollständig ausfüllen, unterzeichnen und gesamte Anmeldung (ohne Einsicht durch den Arbeitgeber) direkt einsenden an:

Pensionskasse Musik und Bildung
Marktgasse 5
4051 Basel

Name des Betriebes

Soz.Vers.-Nummer

Name, Vorname

Zivilstand

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

Heiratsdatum _____

Bestätigung der Arbeitsfähigkeit

Der Arbeitnehmer erklärt, dass er im gegenwärtigen Zeitpunkt:

voll arbeitsfähig ist

Nicht voll arbeitsfähig ist

Zusätzliche Gesundheitsfragen sind zu beantworten:

- bei nicht voller Arbeitsfähigkeit
- bei einem Jahreslohn über CHF 30'000.00

- | | | | | |
|---|------|--------------------------|------|--------------------------|
| 1. Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 2. Benötigen Sie Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck, Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre, Geschwülste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes, Nieren-, Magen-, Galle- oder Lebererkrankungen, Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen- oder Hörleiden, Infektions- oder andere Krankheiten? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalls mehr als 4 Wochen (ununterbrochen) aussetzen? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 5. Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt, der ein positives Resultat (HIV-positiv) ergab? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bestanden für Sie bei Ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung Einschränkungen aus gesundheitlichen Gründen (Vorbehalte, Beitragszuschläge, Ausschluss, etc.)? | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 7. Beziehen Sie eine Rente der IV und/oder der SUVA?
* Bitte Unterlagen beilegen | Ja * | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

Falls Sie eine der obigen Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende ergänzenden Angaben:

Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?

Von - bis?

Behandelnde Ärzte, Spitäler, etc. (bitte Adresse und bei Spitälern Ärzte/Abteilungen angeben)

Die zu versichernde Person ermächtigt die Pensionskasse Musik und Bildung und die AXA als deren rückdeckenden Versicherer, alle zur Prüfung der Aufnahme und des Leistungsanspruches nötigen Auskünfte direkt einzuholen; dies bei allen Ärzten, welche die zu versichernde Person je behandelt haben, bei allen Versicherungsträgern, welcher die zu versichernde Person je angeschlossen war, sowie bei der zuständigen IV-Stelle und Ausgleichskasse. Sie entbindet hiermit alle diese Stellen ausdrücklich vom Berufsgeheimnis und der Schweigepflicht.

Sie nimmt ferner zur Kenntnis, dass die Pensionskasse Musik und Bildung jede Haftung für Folgen ablehnt, welche sich aus verspäteter Anmeldung oder aus wahrheitswidrigen oder unvollständigen Angaben ergeben können.

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitnehmers