



Pensionskasse Musik und Bildung
Caisse de Pension Musique et Formation
Cassa Pensioni Musica e Educazione

Anmeldung zum Vorsorgeplan MV durch die zu versichernde Person auszufüllen

Anmeldung bitte vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen, ausdrucken (doppelseitig oder zusammenheften) und unterzeichnen. Sie ist zusammen mit der/den Vorsorgeerklärung(en) einzusenden an:
Pensionskasse Musik und Bildung,
Dufourstrasse 11, 4052 Basel

Versicherte Person

SozVers.-Nr.			
Name, Vorname			
Adresse			
PLZ, Ort			
Geburtsdatum / Geschlecht	<input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>	Anzahl Arbeitgeber im Plan MV ¹⁾ <input type="text"/>
Versicherungsbeginn	<input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>	Erwarteter AHV-Jahreslohn im Plan MV ²⁾	<input type="text"/>

Die versicherte Person bestätigt, dass ihre gesamten jährlichen Erwerbseinkünfte aus unselbständiger und selbständiger Tätigkeit die Eintrittsschwelle nach BVG übersteigen ³⁾.

Unterschrift:

- ¹⁾ Anzahl Ihrer Arbeitgeber, welche eine Vorsorgeerklärung unterzeichnet haben (bitte unbedingt beilegen)
- ²⁾ Summe der Jahreslöhne, welche Sie bei den Arbeitgebern im Plan MV voraussichtlich beziehen
- ³⁾ Bestätigung des jährlichen Einkommens über der BVG-Eintrittsschwelle zwecks Feststellung der Erfüllung von Artikel 46 BVG (entfällt bei freiwilliger Versicherung nach Art. 46 BVG)

Dauer des Beitritts

Diese Vereinbarung beginnt mit dem Versicherungsbeginn und ist zeitlich unbeschränkt gültig. Sie kann mittels einer schriftlichen Austrittsmeldung der versicherten Person jeweils auf Ende des Folgemonats aufgelöst werden.

Im Übrigen sind die Bestimmungen des jeweils gültigen Reglements der PK Musik und Bildung massgebend.

Gesundheitsfragen zum Vorsorgeplan MV

Durch die zu versichernde Person immer auszufüllen

SozVers.-Nr.

Name, Vorname

Zivilstand ledig verheiratet geschieden verwitwet

Heiratsdatum:

Gesundheitsfragen zur versicherten Person

- Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls? Ja Nein
- Benötigen Sie Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle? Ja Nein
- 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 Gehörleiden, Infektions- oder andere Krankheiten? Ja Nein
- Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalls mehr als 4 Wochen (ununterbrochen) aussetzen? Ja Nein
- Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt, der ein positives Resultat (HIV-positiv) ergab? Ja Nein
- Bestanden für Sie bei Ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung Einschränkungen aus gesundheitlichen Gründen (Vorbehalte, Beitragszuschläge, Ausschluss, etc.)? Ja Nein
- Beziehen Sie eine Rente der IV und/oder der SUVA? Ja * Nein
* Bitte Unterlagen beilegen

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

Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen? Behandelnde Ärzte, Spitäler, etc. (bitte Adresse und bei Spitälern Ärzte/Abteilungen angeben)	Von - bis?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die zu versichernde Person ermächtigt die Pensionskasse Musik und Bildung und den 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 der zu versichernden Person