

Anmeldung in die Personalvorsorge

Vom Arbeitgeber auszufüllen

Firma _____

Plan Basisvorsorge Zusatzvorsorge Kadervorsorge

Antritt Arbeitsverhältnis / Versicherungsbeginn _____

Voraussichtlicher **AHV-Jahreslohn** CHF _____ Beschäftigungsgrad _____%

Bitte immer den Jahreslohn angeben – bei unterjährigem Eintritt hochgerechnet!

Versicherte Person

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

Nationalität _____ Geburtsdatum _____

AHV-Nr. _____ Tel. Nr. _____

E-Mail _____ Geschlecht männlich weiblich

Zivilstand ledig verheiratet geschieden
 verwitwet eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft

Zivilstand gültig seit _____

Der Arbeitgeber bestätigt, dass der Mitarbeiter zu 100 Prozent arbeitsfähig ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Firma

Bitte die bisherige Vorsorgeeinrichtung anweisen, dass die Freizügigkeitsleistung auf folgendes Konto überwiesen werden soll:
LGT Bank AG, 9490 Vaduz • Konto LI90 0881 0000 1986 5902 2 • Zu Gunsten von: BEVO Vorsorgestiftung in Liechtenstein

Gesundheitserklärung – vom Versicherten auszufüllen und direkt an die BEVO zu senden

Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Sie werden weder an Dritte zugänglich gemacht, noch für Marketingzwecke verwendet.

Firma _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ E-Mail _____

1. Sind Sie zurzeit vollständig gesund und voll arbeitsfähig? Ja Nein
Falls nein, unter welchen Beschwerden leiden Sie? _____

2. Körpergrösse in cm _____ Körpergewicht in kg _____

3. Waren Sie in den letzten zwei Jahren in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Falls ja, Grund? _____

Ist die Behandlung abgeschlossen? Ja Nein

Name und Adresse des Arztes _____

4. Haben Sie in den letzten fünf Jahren eine schwere Krankheit durch gemacht? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Ist die Behandlung definitiv abgeschlossen? Ja Nein

Name und Adresse des Arztes _____

5. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren Unfälle? Ja Nein
Falls ja, welche? _____

Ist die Behandlung definitiv abgeschlossen? Ja Nein

Name und Adresse des Arztes _____

6. Haben Sie sich einer psychiatrischen Behandlung unterzogen? Ja Nein
Falls ja, weshalb und wann? _____

Wer hat Sie behandelt? _____

7. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja Nein
Falls ja, welche und seit wann? _____

8. Hatten bzw. haben Sie Probleme mit Missbrauch von Rausch- / Betäubungsmitteln?: Ja Nein
Falls ja: Alkoholmissbrauch Ja Nein

Drogenmissbrauch Ja Nein

Medikamentenmissbrauch Ja Nein

9. Bestand bei Ihrer vorherigen Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt? Ja Nein
Falls ja, bitte eine Kopie des Vorbehaltes beilegen.

10. Beziehen Sie infolge Krankheit oder Unfall Invalidenrenten und/oder Taggelder? Ja Nein

Erklärung der zu versichernden Person

Ich bestätige, die in der Gesundheitserklärung gestellten Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann dazu führen, dass Leistungen reduziert oder verweigert werden.

Ich ermächtige die Ärzte, die mich behandelt und untersucht haben, dem Vertrauensarzt der BEVO oder dem Vertrauensarzt des Rückversicherers der BEVO (PKRück, Lebensversicherungsgesellschaft für die betriebliche Vorsorge AG), alle nötigen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand vertraulich zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person