



## Anmeldung für die Berufliche Vorsorge

Vertrag Nr. \_\_\_\_\_

### Angaben zum Vertrag und zur versicherten Person

Name des Arbeitgebers  
\_\_\_\_\_

Name  
\_\_\_\_\_

Vorname  
\_\_\_\_\_

W  M

Geburtsdatum  
\_\_\_\_\_

Zivilstand  
\_\_\_\_\_

Heiratsdatum  
\_\_\_\_\_

AHV-Nr.  
\_\_\_\_\_

ledig, verheiratet, geschieden,  
verwitwet, in eingetragener Partnerschaft,  
gesetzlich getrennt

Strasse, Nr.  
\_\_\_\_\_

PLZ, Ort  
\_\_\_\_\_

Eintritt in die Firma bis zum 15. des Monats – Versicherungsbeginn ist der Monatserste des Eintrittsmonats

Eintritt in die Firma ab dem 16. des Monats – Versicherungsbeginn ist der Monatserste des Folgemonats

Beginn Arbeitsverhältnis  
\_\_\_\_\_

Versicherungsbeginn  
01. \_\_\_\_\_

massgebender AHV-Jahreslohn  
CHF \_\_\_\_\_

Sprache  D  F  I

Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ %

Bisheriger Arbeitgeber  
\_\_\_\_\_

Bisherige Vorsorgeeinrichtung  
\_\_\_\_\_

Freizügigkeitsleistungen und Guthaben der bisherigen Vorsorgeeinrichtungen müssen vom Versicherten an die Loyalis BVG-Sammelstiftung überwiesen werden.

Überweisung an: Loyalis BVG-Sammelstiftung, 7000 Chur, PC 70-216-5, Konto CA368.466.001 / IBAN CH82 0077 4151 3684 6600 1

Bitte als Mitteilung auf dem Einzahlungsschein Vertrags- und AHV-Nr. sowie Vor- und Nachnamen vermerken.

Ist die versicherte Person voll arbeitsfähig?

Ja  Nein

Als nicht voll arbeitsfähig gilt eine Person, die bei Versicherungsbeginn

- aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit fernbleiben muss
- Taggelder infolge von Krankheit oder Unfall bezieht
- bei einer staatlichen Invalidenversicherung angemeldet ist
- eine Rente wegen vollständiger oder teilweiser Invalidität bezieht
- aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entsprechend voll beschäftigt werden kann
- aufgrund einer andauernden Krankheit oder eines andauernden Unfalles regelmässig in ärztlicher Behandlung ist

Bemerkungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Bitte Rückseite durch die versicherte Person ausfüllen lassen

Name des Arbeitgebers

Name  Vorname

Geburtsdatum

## Fragen an die zu versichernde Person

- 1 Grösse der versicherten Person  Gewicht der versicherten Person
- 2 Fühlen Sie sich vollständig gesund und sind Sie vollständig arbeitsfähig?  Ja  Nein
- 3 Sind Sie zur Zeit oder in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bitte Grund und Arzt angeben  Ja  Nein
- 4 Bestehen Folgen einer Krankheit, eines Unfalls oder Geburtsgebrechen?  Ja  Nein
- 5 Waren Sie in den letzten 5 Jahren für länger als 7 Tage in einem Spital, einer Heil- oder Pflegeanstalt?  Ja  Nein
- 6 Stehen Behandlungen, Operationen, Kuren etc. bevor resp. wurden Ihnen solche nahe gelegt?  Ja  Nein
- 7 Beziehen Sie oder haben Sie je Leistungen der IV oder von anderen Versicherern erhalten (nur angeben, wenn Leistungen über 14 Tage ausgerichtet werden)  Ja  Nein

sofern die Frage 2 mit NEIN oder eine der Fragen 3-7 mit JA beantwortet wurde, bitte nachfolgend Details angeben

Frage	Grund / Diagnose	wann / Dauer	folgenlos geheilt?	Arzt
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Fragen sind nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen. Unwahre Angaben können eine Ablehnung oder eine Kürzung von Versicherungsleistungen zur Folge haben. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Reglements.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit dieser Erklärung abhängt und dass Loyalis bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen sowie reglementarischen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten oder Leistungen einschränken kann. Je nach Leistungsplan und Jahreslohn kann Loyalis ergänzende Angaben verlangen.

### Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) erforderlich, entbindet die unterzeichnende versicherte Person die Eidg. Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber der Loyalis BVG Sammelstiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, der Loyalis BVG-Sammelstiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte (einschliesslich medizinischer Angaben) zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zugewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt. Die Daten werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Für die Übernahme des Versicherungsschutzes gelten die Bestimmungen des Rahmenreglementes.

Bitte das Anmeldeformular «Vertraulich» senden an: **Loyalis BVG-Sammelstiftung, Leistungsdienst, Postfach 527, 7004 Chur**

Unterschrift

Ort, Datum