Anmeldung für die berufliche Vorsorge

Angaben zum Vertrag und zur versicherten Person

Vertrag-Nr.:

Name des*der Arbeitgebers*in:

Name: Vorname: ☐ w ☐ m

Geburtsdatum: Sozialversicherungsnummer:

Zivilstand: Heiratsdatum:

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:

Massgebender AHV-Jahreslohn: Kategorie:

Beschäftigungsgrad in %: Sprache: ☐ D ☐ F ☐ I ☐ E

Bisherige*r Arbeitgeber*in:

Bisherige Vorsorgeeinrichtung:

Freizügigkeitsleistungen und Guthaben der bisherigen Vorsorgeeinrichtungen müssen von der versicherten Person an die ÖKK Berufliche Vorsorge überwiesen werden.
Überweisung an: ÖKK Berufliche Vorsorge, 7000 Chur / 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:

Ort/Datum: Unterschrift Arbeitgeber*in:

Bitte nachfolgende Seiten durch die versicherte Person ausfüllen lassen

ÖKK298d/08.23

Wir sind gerne für Sie da.
ÖKK Berufliche Vorsorge, Comercialstrasse 23, 7000 Chur
Telefon 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

Die Versicherung mit gesundem Bündnerverstand. ÖKK

Vertrag-Nr.:

Name des*der Arbeitgeber*in:

Name: Vorname: ☐ w ☐ m

Geburtsdatum: AHV-Nr.:

Fragen an die zu versichernde Person

1 Grösse der betroffenen Person Gewicht der betroffenen 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? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte Grund und Arzt*Ärztin angeben

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, oder 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 oder Ärztin

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 ÖKK Berufliche Vorsorge bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen sowie reglementarischen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten oder Leistungen einschränken kann. Je nach Leistungsplan und Jahreslohn kann ÖKK Berufliche Vorsorge ergänzende Angaben verlangen.

Die Diventa AG besorgt im Auftrag der ÖKK Berufliche Vorsorge die Geschäftsführung.
Mitteilungen der Diventa AG gelten für die Stiftung als verbindlich.

Ort/Datum: Unterschrift versicherte Person:

ÖKK298d/08.23

Wir sind gerne für Sie da.
ÖKK Berufliche Vorsorge, Comercialstrasse 23, 7000 Chur
Telefon 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

Die Versicherung mit gesundem Bündnerverstand.

Vertrag-Nr.:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Datenweitergabe zur Risikobeurteilung und Vollmacht zur Einholung von Gesundheitsdaten
Die Aufnahme in die planmässige Versicherungsdeckung kann von einer aktuellen Risikobeurteilung abhängig gemacht werden. Die ÖKK Berufliche Vorsorge hat diese Risikobeurteilung ihrem Rückversicherer PKRück (nachfolgende «Rückversicherer») sowie die Diventa AG (als Geschäftsstelle der ÖKK Berufliche Vorsorge, nachfolgende «Diventa») zur Bearbeitung übertragen. Die ÖKK Berufliche Vorsorge, respektive der Rückversicherer sowie die Diventa benötigt dazu alle Rechte, um Ihre Angaben im Gesundheitsfragebogen zu prüfen und auch weitere gesundheitsbezogene Informationen von Dritten einzuholen. Die ÖKK Berufliche Vorsorge, respektive der Rückversicherer sowie die Diventa bearbeitet Ihre gesundheitsbezogenen Angaben zur Risikobeurteilung sowie zur Begründung eines eventuellen Vorbehaltes.

Datenbearbeitung der Rückdeckungs- und Rückversicherer zur Risikobeurteilung
Die ÖKK Berufliche Vorsorge hat die Risiken Tod und Invalidität beim Rückversicherer rückgedeckt. Der Rückversicherer seinerseits bedient sich in einigen Fällen weiterer Rückversicherungen. Damit diese Rückversicherer das Risiko beurteilen und kontrollieren können, wird die ÖKK Berufliche Vorsorge respektive der Rückversicherer sowie die Diventa diesen Ihre Gesundheitsdaten vorlegen. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Vollmacht zur Einholung von Gesundheitsdaten und Einwilligung zur Weitergabe von Daten
Ich ermächtige die im Zusammenhang mit den von mir genannten Gesundheitsangaben behandelnden Ärzte, Psychologen, Physio- und Psychotherapeuten und weiteres medizinisch geschultes Personal, der ÖKK Berufliche Vorsorge, respektive dem Rückversicherer sowie die Diventa alle Auskünfte und Unterlagen über meinen Gesundheitszustand und allfällige Behandlungen zum Zwecke der Risikobeurteilung zu erteilen. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der ÖKK Berufliche Vorsorge, respektive dem Rückversicherer sowie die Diventa. Ich bin zudem damit einverstanden, dass die ÖKK Berufliche Vorsorge, respektive der Rückversicherer sowie die Diventa meine Gesundheitsdaten für die genannten Zwecke an diese Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeitenden dieser Institutionen von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an den Rückversicherer und eventuell weitere Rückversicherungen sowie an die Diventa übermittelt und dort zu den in diesem Dokument genannten Zwecken verwendet werden. Diese Einwilligung umfasst ausdrücklich auch das Recht des Rückversicherers sowie der Diventa, meine Gesundheitsdaten für dieselben Zwecke wiederum an weitere Rückversicherer weiterzuleiten.

Diese Einwilligungen können jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die ÖKK Berufliche Vorsorge und den Rückversicherer sowie die Diventa widerrufen werden. Der unterzeichnenden versicherte Person ist bewusst, dass bei einer Verweigerung der erforderlichen Einwilligung oder einem Widerruf einer erteilten Einwilligung eine Versicherung der planmässigen Leistungen möglicherweise nicht gewährleistet werden kann.

Für die Übernahme des Versicherungsschutzes gelten die Bestimmungen des Rahmenreglementes.

Ort/Datum: Unterschrift versicherte Person:

Bitte das Anmeldeformular «Vertraulich» senden an:
ÖKK Berufliche Vorsorge, Comercialstrasse 23, 7000 Chur

ÖKK298d/08.23

Wir sind gerne für Sie da.
ÖKK Berufliche Vorsorge, Comercialstrasse 23, 7000 Chur
Telefon 081 552 02 92, info@oekkbvg.ch

Die Versicherung mit gesundem Bündnerverstand.