

## Anmeldung zur Kollektivversicherung

Das Formular kann am Bildschirm ausgefüllt werden. Benützen Sie die Tabulator-Taste, um in das nächste Feld zu gelangen. Sie können das Formular auch ausdrucken und von Hand ausfüllen. Bitte senden Sie es uns unterschrieben per Post zu. Natürlich kann das Formular auch von der zu versichernden Person an die Fundus Sammelstiftung, Rückversicherer der Stiftung, geschickt werden.

### Angaben der Vorsorgeeinrichtung

Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Vertrags-Nr.

Kategorie

### Personalien

Name

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

AHV-Nummer

Beschäftigungsgrad in %

Geschlecht

Mann

Frau

Zivilstand

ledig

verheiratet

Heiratsdatum

geschieden

Scheidungsdatum

verwitwet

Sprache

Deutsch

Französisch

Italienisch

Unterst.-pflicht

ja

nein

UVG-versichert

ja

nein

### Eintrittsdaten / Lohnangaben / Art der Beschäftigung

Eintritt in die Firma

Versicherungbeginn

AHV-Jahreslohn  
(aufgerechnet auf das volle  
Kalenderjahr)

Berufl. Tätigkeit / Funktion

Erfolgt die Anstellung aufgrund einer Umschulung der Eidg. Invalidenversicherung (IV)?

ja

nein

**Arbeitsfähigkeit**

Ist die zu versichernde Person zur Zeit und bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig?	ja	nein
Wenn nein: Grad der Arbeitsunfähigkeit in %	Seit wann?	
Hat sie einen Antrag für den Leistungsbezug bei einer Sozialversicherung (IV, UV, MV) oder einer anderen Versicherung gestellt? (Sofern Entscheid vorliegt, bitte beilegen!)	ja	nein
Wenn ja, bei welcher?		

---

Die zu versichernde Person und die Vorsorgeeinrichtung bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person	Unterschrift Vorsorgeeinrichtung
------------	--	----------------------------------

\_\_\_\_\_

! Wichtig: Die folgenden Seiten müssen von der zu versichernden Person ausgefüllt und unterzeichnet werden !

**Gesundheitserklärung**

1. Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen? ja  nein   
 Wenn ja, seit wann? Grund?   
  
 Bisherige  
 Vorsorgeeinrichtung inkl.  
 Adresse
  
2. Körpergrösse in cm Gewicht in kg
  
3. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben? ja  nein   
 Wenn ja, vom bis   
  
 Welche und warum?  
  
 Arzt (genaue Adresse)
  
4. Nehmen oder nahmen Sie Rauschgifte (Drogen) oder Suchtmittel? ja  nein   
 Wenn ja, vom bis   
  
 Welche?
  
5. Ist bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder ein fraglich positives Resultat ergab? ja  nein   
 Wann?
  
6. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, geistige oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines Gebrechens? Wenn ja, welche? ja  nein   
 Art der Krankheit / Unfall,  
 Gebrechen, Behandlungen,  
 Untersuchungen   
  
 Von  Bis   
  
 Dauer der Arbeitsunfähigkeit   
  
 Arzt oder Spital, mit genauer  
 Adresse und Abteilung

6. (Fortsetzung)

Art der Krankheit / Unfall,  
Gebrechen, Behandlungen,  
Untersuchungen

Von

Bis

Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Arzt oder Spital, mit genauer  
Adresse und Abteilung

Art der Krankheit / Unfall,  
Gebrechen, Behandlungen,  
Untersuchungen

Von

Bis

Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Arzt oder Spital, mit genauer  
Adresse und Abteilung

Die Fundus Sammelstiftung behält sich das Recht vor, die Aufnahme zu den vertraglichen Versicherungsleistungen aufgrund eines ärztlichen Untersuchungsberichtes zu prüfen.

**Bisherige Vorsorgeverhältnisse**

Wir bitten Sie, uns den Versicherungsausweis der Vorsorgeeinrichtung Ihres vorherigen Arbeitgebers mit den versicherten Todesfall- und Invaliditätsleistungen beizulegen.

Sind in der Vergangenheit Ansprüche auf Vorsorgeleistungen oder der Anspruch auf die Freizügigkeitsleistung verpfändet worden?

ja

nein

Wenn ja, wer ist Pfandgläubiger?

Wurde die Freizügigkeitsleistung ganz oder teilweise vorbezogen?

ja

nein

Wann?

CHF

**Erklärung zur Anzeigepflicht und zum Datenschutz**

Ich erkläre hiermit, alle Fragen auf diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht dazu führen kann, dass Leistungen reduziert oder verweigert werden können, sowie dass Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können.

Ich ermächtige die Fundus Sammelstiftung, die zur Überprüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs sowie der Vertragsabwicklung benötigten Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, dürfen die Daten weitergegeben werden, insbesondere an Mit- und Rückversicherer sowie an Vorsorgeeinrichtungen, denen der Versicherte angehört hat oder angehört.

Ich ermächtige die Fundus Sammelstiftung, bei Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Behörden, Sozialversicherungen und Dritten Auskünfte zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs einzuholen, insbesondere bei der vorherigen Vorsorgeeinrichtung über eventuell erbrachte Leistungen. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

---