

## Anmeldung zur Pensionskasse

(Durch die angeschlossene Firma auszufüllen)

--	--	--	--	--	--

### Personalien der zu versichernden Person

Name

---

Vorname

---

Adresse

---

Geburtsdatum      AHV-Nr.

---

Geschlecht    Mann   Frau

Zivilstand    ledig   verheiratet   geschieden   verwitwet

Unterstützungspflichtig   ja   nein

Beruf       Saisonnier   ja   nein

---

Eintritt in die Firma      AHV-Jahreslohn

---

### Aufnahmeformalitäten für die Grundversicherung

Ist die zu versichernde Person im Zeitpunkt des Stellenantritts voll erwerbsfähig?

ja   nein

Erhält die zu versichernde Person Leistungen gemäss Eidg. IV, MVG, SUVA oder einer anderen  
Vorsorgeeinrichtung?

ja   nein

Wenn ja, von wem?      Invaliditätsgrad   %

---

### Die Fragen auf der Rückseite sind von der zu versichernden Person zu beantworten, wenn

- sie bei Versicherungsbeginn nicht zu 100 % arbeitsfähig oder in den letzten 2 Jahren in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle gewesen war oder irgendeine gesundheitliche Störung oder Behinderung besteht.
- die vorherige Vorsorgeeinrichtung aus gesundheitlichen Gründen einen Vorbehalt angebracht hat.

Ort, Datum

---

Unterschrift der       
zu versichernden Person

Stempel und Unterschrift  
der angeschlossenen Firma

## Fragen an die zu versichernde Person

1. Sind Sie im Zeitpunkt des Versicherungsbeginns voll erwerbsfähig?    ja  nein

Wenn nein, weshalb nicht?

Seit wann?

Behandelnder Arzt? (Name, Adresse)

2. Sind Sie bei Versicherungsbeginn in ärztlicher Kontrolle oder Behandlung?   ja  nein

Wenn ja, weshalb?

Seit wann?

Behandelnder Arzt? (Name, Adresse)

3. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben?  ja  nein

Wenn ja, welche?

Aus welchem Grund?

Von welchem Arzt wurden diese verschrieben? (Name, Adresse)

4. Waren Sie in den letzten 2 Jahren krank, verunfallt oder wurden Sie operiert?  ja  nein

Wenn ja, um welche Krankheit, Verletzung oder Operation handelte es sich?

Durch wen wurden Sie behandelt? (Name, Adresse des behandelnden Arztes)

Wann fand die Behandlung statt?

5. Waren Sie bei Ihrem vorhergehenden Arbeitgeber bzw. seiner Vorsorgeeinrichtung aus gesundheitlichen Gründen mit Vorbehalten, Prämienzuschlägen oder mit anderen Erschwerungen versichert?   ja  nein

Wenn ja, weshalb?

Seit wann?

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

Die vorstehenden Fragen sind wahrheitsgetreu zu beantworten. Eine Verletzung der Anzeigepflicht berechtigt die PK BAU sowie ihre Rückversicherung zum Rücktritt aus der Versicherung. Die PK BAU sowie ihre Rückversicherung behalten sich vor, die Aufnahme zu den reglementarischen Bedingungen aufgrund eines ärztlichen Untersuchungsberichts zu prüfen.

Ich erkläre hiermit, alle Fragen auf diesem Anmeldeformular wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Ich ermächtige Ärzte/Ärztinnen, Krankenhäuser oder sonstige ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie Versicherungsgesellschaften jederzeit jede zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs nötige Auskunft zu geben. Ich willige ebenfalls ein, dass die PK BAU resp. ihre Rückversicherung im erforderlichen Umfang Daten, die dem Vorsorgezweck dienen, weitergeben darf, insbesondere den eventuellen weiteren Mit- oder Rückversicherern sowie den Vorsorgeeinrichtungen, denen der Versicherte angehört hat oder angehört.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person