

Gültig ab 1.10.2018

Antrag zum Abschluss
Versicherung im Rahmen der beruflichen Vorsorge (BVG)
Verbandsobergruppe BVG für nicht akademische medizinische Berufe
Anschluss an die BVG-Sammelstiftung Swiss Life, Zürich

Berater:			
Vorsorgeplan:			
Wartefrist IV:		Vertragsdauer:	3 Jahre

Anmerkung: Die in diesem Formular verwendete männliche Form umfasst auch die weibliche Formulierung.

1. Vertragspartner

Versicherungsnehmer: _____

Arbeitgeber (offizielle Bezeichnung, bei Eintragungspflicht HR- oder Teledata-Auszug beilegen)

Firmenname: _____

(bei Einzelfirma Name des Inhabers angeben)

Rechtsform: _____

Recht auf Versicherung BVG Art. 44 / Abs. 1:

Selbständigerwerbende können sich **nur** zusammen mit BVG-pflichtigen Arbeitnehmern bei der BVG-Sammelstiftung Swiss Life anschliessen.

ist erfüllt

Vertragssprache:

deutsch

französisch

italienisch

englisch

Domiziladresse	
Kontaktperson:	_____
c/o:	_____
Strasse, Nr.:	_____
Postfach:	_____
PLZ, Ort:	_____
Tel. Nr.:	_____
E-Mail:	_____ @ _____
Korrespondenzadresse (falls von Domiziladresse abweichend)	
Kontaktperson:	_____
c/o:	_____
Strasse, Nr.:	_____
Postfach:	_____
PLZ, Ort:	_____
Tel. Nr.:	_____
E-Mail:	_____ @ _____

2. Angaben zum Vertragsverhältnis

- a) **Bestehen bereits Kollektiv-Lebensversicherungsverträge bei Swiss Life?** ja nein

Vertrag Nr.: _____

- b) **Besteht eine Krankentaggeldversicherung, welche während 24 Monaten - allenfalls in Ergänzung zur IV - mindestens 80% des entgangenen Lohns deckt?** ja nein

Wenn ja, Name des Krankentaggeldversicherers: _____

- c) **Mit welcher AHV-Ausgleichskasse rechnet der Arbeitgeber ab?**

- d) **Entstehung der Geschäftsbeziehung**

Neugründung der Firma

Erstmals BVG-pflichtiges Personal

(Vertragsbeginn später als Gründungsdatum der Firma)

Wechsel der Vorsorgeeinrichtung

Name der bisherigen Vorsorgeeinrichtung /
Versicherungsgesellschaft: _____

Durch wen wurde der Vertrag gekündigt? _____

Per wann wurde der Vertrag gekündigt? _____

Grund der Kündigung _____

(Kopie der Kündigungsbestätigung beilegen)

Falls die bisherige Vorsorgeeinrichtung nicht durch eine Versicherungsgesellschaft geführt wird, ist der entsprechende Anschlussvertrag beizulegen.

- e) **Sind Personen zu versichern, welche in den letzten 24 Monaten länger als 30 Tage durchgehend mindestens teilweise arbeitsunfähig waren oder an einer Krankheit leiden, bei welcher mit einer längeren Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden muss?** ja nein

Wenn ja, das Beiblatt *Personalliste EU* ausfüllen. Für die darin aufgeführten Personen sind zusätzlich die Formulare *Anmeldung* sowie *Gesundheitsprüfung* einzureichen.

- f) **Beziehen zz. Mitarbeitende (auch ehemalige) oder deren Angehörige Versicherungsleistungen (Prämienbefreiung / Invaliden- / Alters- / Ehegatten- oder Partnerrenten) aus dem bestehenden Vorsorgewerk?** ja nein

Wenn ja, Rentenverzeichnis von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung beilegen.

- g) **Ist der Arbeitgeber Mitglied eines Berufsverbands?** ja nein

Wenn ja, Name des Berufsverbands: _____

(Anschlussmöglichkeit richtet sich nach der Liste der Verbandsversicherungen von Swiss Life)

- h) **Ist der Beschäftigungsgrad bei Teilzeitbeschäftigten für die Bestimmung der Beiträge und Leistungen zu berücksichtigen?** ja nein

3. Prämienzahlung

Gewünschte Zahlart: jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Die Rechnungsstellung erfolgt unabhängig von der gewünschten Zahlungsart **jährlich vorschüssig**.

4. Hinweis (gilt nur bei Wechsel der Vorsorgeeinrichtung)

Bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung sind die für den Wechsel erforderlichen Unterlagen einzuverlangen und die Übertragung der Mittel für die berufliche Vorsorge zu veranlassen.

Zahlstelle: Swiss Life AG
Kollektivversicherungen
Postfach
8022 Zürich
IBAN: CH77 0900 0000 8000 0936 4

Zahlungszweck:

(Arbeitgeber sowie Offert- bzw. Vertragsnummer angeben)

5. Unterschriften

Die Annahme oder die allfällige Ablehnung der beantragten Kollektivversicherung wird durch den Hauptsitz von Swiss Life schriftlich mitgeteilt.

Der Arbeitgeber als Antragsteller nimmt davon Kenntnis, dass der Berater nicht berechtigt ist, verbindliche Erklärungen in Bezug auf die Bedeutung und Erheblichkeit von Krankheiten abzugeben.

Der Antragsteller bestätigt, dass dieser Antrag von Swiss Life schriftlich bestätigt werden muss.

Arbeitgebervertretende

Name, Vorname

Ort und Datum

Unterschrift

Berater

Name, Vorname

Ort und Datum

Unterschrift

Beilagen

- Formular *Anmeldung*
- Beiblatt *Personalliste EU*
- Formular *Gesundheitsprüfung*
- Rentenverzeichnis der bisherigen Vorsorgeeinrichtung
- Kündigungsbestätigung der bisherigen Vorsorgeeinrichtung
- Anschlussvertrag der bisherigen Vorsorgeeinrichtung
- Handelsregister- oder Teledata-Auszug (falls vorliegend)