

**Berufliche Vorsorge  
Anmeldung zur Kollektivversicherung**

Firma \_\_\_\_\_

Vertrags-Nr. \* \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.\* \_\_\_\_\_

Kategorie  Alle Arbeitnehmer  Kader  \_\_\_\_\_  
\* Felder können durch die Allianz Suisse Leben ergänzt werden

**zu versichernde Person**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

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

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

weiblich  männlich

Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

ledig  geschieden\*

verwitwet\*

verheiratet seit \_\_\_\_\_

in eingetragener Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

Deutsch  Französisch  Italienisch

Englisch

Beginn **Arbeitsverhältnis** am \_\_\_\_\_

Beginn **Versicherung** am \_\_\_\_\_  
(nur auszufüllen, wenn nicht gleich Beginn Arbeitsverhältnis)

Beschäftigungsgrad \_\_\_\_\_ %

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

(bei unterjährigem Beginn Arbeitsverhältnis bitte aufrechnen auf volles Kalenderjahr)

Mussten Sie Ihre Arbeit in den letzten 3 Jahren aus gesundheitlichen Gründen für mehr als 2 Wochen ganz oder teilweise unterbrechen?

ja  nein falls **ja**, ist der vollständige Gesundheitsfragebogen einzureichen.

Stehen Ihnen Rentenleistungen einer Sozialversicherung (z.B. IV, UV, MV, Pensionskasse) zu oder haben Sie solche beantragt?

ja  nein falls **ja**, sind der vollständige Gesundheitsfragebogen und Kopien der Unterlagen (Verfügung/Entscheide) einzureichen.

**Übertragung des Freizügigkeitsguthabens**

Bisheriger Arbeitgeber (Name, Adresse) \_\_\_\_\_

Bisherige Vorsorgeeinrichtung (Name, Adresse, Vertrag) \_\_\_\_\_

Freizügigkeitsguthaben bei Banken oder Versicherungen (Name, Adresse, Policen oder Kontonummer) \_\_\_\_\_

Es bestehen keine Freizügigkeitsguthaben die der Allianz Suisse übertragen werden können.

Die Allianz Suisse wird die Freizügigkeitsguthaben gemäss obenstehender Angaben beim Vorversicherer einfordern, somit wird Ihr Versicherungsschutz entsprechend erhöht.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen die Unterzeichnenden, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Sie haben davon Kenntnis genommen, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der Daten abhängig ist. Im über- bzw. ausserobligatorischen Bereich können bei Verletzung dieser Auskunftspflichten der Versicherungsschutz bzw. die entsprechenden Leistungen verweigert werden.

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift des Arbeitgebers oder der Stiftung \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person \_\_\_\_\_

\*gelten sinngemäss sowohl für die eheliche Gemeinschaft als auch für die eingetragene Partnerschaft