

## Anmeldung zur Versicherung

### Unternehmen

Name	<input type="text"/>	AG-Nr.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
PLZ/Ort	<input type="text"/>		

### Zu versichernde Person

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	SV-Nr.	<input type="text"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

### Zivilstand

Zivilstand	<input type="text"/>	Heiratsdatum	<input type="text"/>
		Scheidungsdatum	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Im Konkubinat		LebenspartnerIn	<input type="text"/>

AHV-pflichtiges Jahreseinkommen	<input type="text"/>	Zu versichern ab	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Selbständig		Sparplan	<input type="text"/>
Bezieht eine IV-Rente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja: IV-Grad in %	<input type="text"/>

Name, Adresse des ehemaligen Arbeitgebers

Name, Adresse der ehemaligen Vorsorgeeinrichtung

Bemerkungen

Wir bestätigen, dass die zu versichernde Person voll arbeitsfähig ist.

Unterschrift der VertreterIn der Unternehmung

Ort und Datum:

## Ergänzung zur Anmeldung

**Unternehmen**

Name

AG-Nr.

**Zu versichernde Person**

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Fragen zur Gesundheit:  
Bitte beantworten Sie  
nebenstehende Fragen.

1. Waren Sie bei Versicherungsbeginn (bei Leistungserhöhungen zum Zeitpunkt der Änderungen) voll oder teilweise arbeitsunfähig? Falls ein IV-Bescheid vorliegt, diesen bitte beilegen.

**Nein****Ja**

2. Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls?

**Nein****Ja**

3. Benötigen Sie Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle?

**Nein****Ja**

4. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre Geschwülste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes, Nieren-, Magen-, Gallen- oder Lebererkrankungen Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen- oder Hörleiden?

**Nein****Ja**

5. Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalles mehr als 4 Wochen unterbrechen?

**Nein****Ja**

6. Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt, der ein positives Resultat (HIV-positiv) ergab?

**Nein****Ja**

Falls Sie eine der Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Frage(n) Nr.

Welche Krankheiten, Unfälle, Störungen,  
Beschwerden, Untersuchungen?

Von

Behandelnde Ärzte, Spitäler, etc. (Bitte  
Adresse und bei Spitälern Arzt oder  
Abteilung angeben)

Bis

**Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis / Akteneinsicht**

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung / Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) erforderlich, entbindet die unterzeichnete Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherung, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber GEPABU und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, der GEPABU bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt, und sämtliche Daten werden durch die GEPABU streng vertraulich behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrags.

**Erklärung betreffend Altersguthaben und Freizügigkeitsleistungen**

Ich bestätige:

- Dass ich sämtliche mir zur Verfügung stehenden Altersguthaben, wie gesetzlich vorgeschrieben, an die GEPABU überwiesen habe oder noch überweisen werde.
- Dass ich keine Vorbezüge gemäss Wohneigentumsförderungsgesetz gemacht oder diese deklariert habe bzw. deklarieren werde.
- Dass ich davon Kenntnis habe, dass meine persönlichen Guthaben in der Säule 3a, welche die jeweiligen Maximal-Beiträge pro Jahr für unselbständig Erwerbende plus Zins gemäss BVG Minimal-Verzinsung übersteigen, bei evtl. steuerbefreiten Einkäufen in die 2. Säule an das maximal einkaufbare Altersguthaben anzurechnen sind.

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann die GEPABU im Rahmen der gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen Leistungen kürzen, ablehnen oder von der Versicherung zurücktreten.

Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum