

Anmeldung zur Versicherung ausserhalb des BVG

Betrifft Vertrag Nr.

Vom Versicherungsnehmer (Stiftung) resp. Arbeitgeber auszufüllen.

1. a) Familienname

b) Vorname

c) Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

d) Geschlecht männlich weiblich

e) Zivilstand
Ist die zu versichernde Person verheiratet? Ja, seit (Datum): Nein
Lebt die zu versichernde Person in eingetragener Partnerschaft? Ja, seit (Datum): Nein

f) wenn unverheiratet: Besteht eine gesetzliche Unterstützungspflicht? Ja Nein

g) Ausgeübter Beruf/Stellung

h) Adresse: Strasse, Haus-Nr.
PLZ, Wohnort

i) Alte AHV-Nr.:

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

 Neue AHV-Nr.:

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

j) Sprache für Versicherungsdokumente deutsch französisch italienisch englisch

2. a) Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig? Ja Nein, Grund:

b) Bezieht sie Leistungen der IV, MV oder gemäss UVG und/oder aus einer Personalvorsorgeeinrichtung oder sind Ansprüche hängig? Nein Ja (Falls ja, bitte Rentenbescheid beilegen)

3. a) Dienst Eintritt (Tag, Monat, Jahr)

b) Versicherungsbeginn (1. Tag eines Monats)

c) Zu versichernder Jahreslohn CHF

4. a) Anzurechnende ausserobligatorische Austrittsleistung (Freizügigkeitsleistung) CHF

b) Name und Adresse der bisherigen Vorsorgeeinrichtung: (Falls ausserobligatorische Austrittsleistungen vorhanden sind, bitten wir Sie, dieser Anmeldung eine Kopie der Abrechnung über die Austrittsleistung beizulegen)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers (Stiftung) resp. Arbeitgebers

....., den

Wir bitten um Zustellung weiterer Formulare

Von der zu versichernden Person auszufüllen

Zeichen oder Striche gelten nicht als Beantwortung

6. a) Halten Sie sich gegenwärtig für vollständig gesund?
- b) Leiden Sie gegenwärtig an einer Krankheit, oder an den Folgen einer Krankheit, einer Operation oder eines Unfalles?
(wenn ja genaue Bezeichnung, seit wann?
Name und Adresse des behandelnden Arztes)?
- c) Haben Sie Ihre Arbeit in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen für mehr als 4 aufeinanderfolgende Wochen unterbrechen müssen?
- d) Welche anderen Krankheiten oder Operationen haben Sie in den letzten 10 Jahren durchgemacht?
(genaue Bezeichnung, Datum, Name und Adresse des behandelnden Arztes)
- e) Sind Sie mit einem körperlichen Gebrechen behaftet? (wenn ja, bitte Art angeben)
- f) Haben Sie jemals Sanatoriums- oder andere Kuren durchgemacht?
(wenn ja, welche und wann?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Wer ist Ihr Hausarzt?
(Name und Adresse angeben)

.....

.....

8. Welches ist a) Ihre Körperlänge
b) Ihr Körpergewicht?
9. Waren Sie bei ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung mit einem Gesundheitsvorbehalt (Leistungsausschluss, -begrenzung oder -erschwerung, Prämienzuschlag) versichert?
(wenn ja, bitte Datum des Gesundheitsvorbehaltes angeben)

a) cm b) kg

.....

.....

Bestätigung

(mit «Basler» ist nachstehend sowohl die Basler Versicherung AG, die Basler Leben AG, die Bâloise-Sammelstiftung für die obligatorische berufliche Vorsorge, die Bâloise-Sammelstiftung für die ausserobligatorische berufliche Vorsorge sowie die Trigona Sammelstiftung für berufliche Vorsorge gemeint).

Hiermit bestätige ich, alle Fragen verstanden sowie wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bis zum Abschluss der Risikoprüfung jede Gesundheitsveränderung zu melden habe. Ich weiss, dass bei einer nicht vollständigen und nicht wahrheitsgetreuen Beantwortung der vorstehenden Fragen der Versicherungsschutz gekürzt oder verweigert werden kann, selbst wenn die Antworten von einer anderen Person geschrieben worden sind (Art. 4 ff. VVG). Ich ermächtige die Basler, die zur Antragsprüfung, Vertragsabwicklung (inkl. Leistungsfall) und zur laufenden Optimierung der Marktleistungen erforderlichen Daten zu bearbeiten. Die Basler kann insbesondere:

- Daten an Rück- und Mitversicherer, andere Involvierte im In- und Ausland sowie an die Gesellschaften der Basler zur Datenbearbeitung übermitteln;
- bei medizinischen Leistungserbringern (Ärzten, Chiropraktiker, Psychologen, Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes Leistungen erbringen, Laboratorien, Spitälern, Einrichtungen zur teilstationären oder ambulanten Krankenpflege, Pflegeheimen), bei Sozial- (AHV, IV, UVG-, KVG-Versicherung) sowie Privatversicherern, Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitsstellen, Arbeitgebern und Dritten sachdienliche Informationen einholen sowie in deren Akten Einsicht nehmen;
- Personendaten inkl. Gesundheitsdaten anderen Versicherungsbereichen innerhalb der Basler übermitteln zur Prüfung dort eingereicherter Versicherungsanträge.

Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages.

Die eingangs aufgelisteten, zur Basler gehörenden Gesellschaften gewähren sich untereinander sowie gegenüber der Baloise Bank SoBa AG und der Bâloise Asset Management Schweiz AG Zugriff auf die Vertragsgrunddaten. Diese Daten dürfen auch zu Marketingzwecken innerhalb dieser Gesellschaften verwendet werden. Ich nehme von meinem Recht Kenntnis, der Basler meinen Werbeverzicht mitteilen zu können (Basler Versicherung AG, Kundenservice-Center, Aeschengraben 21, Postfach 2275, 4002 Basel).

Ebenfalls habe ich das Recht, von der Basler die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte über die Bearbeitung der mich betreffenden Daten zu verlangen.

Ort und Datum

Unterschrift der zu versichernden Person:

....., den,

Bitte leer lassen

Abkürzungen

- BVG Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
- IV Eidg. Invalidenversicherung
- MV Militärversicherung
- UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung