



Antrag zum Abschluss

einer Versicherung im Rahmen der beruflichen Vorsorge

Interne Angaben

Region:	<input type="text"/>		
Generalagentur:	<input type="text"/>	GA-Antrag Nr.:	<input type="text"/>
Berater:	<input type="text"/>	VB Nr.:	<input type="text"/>
Makler:	<input type="text"/>	(falls durch Makler betreut, Mandat einreichen)	
Vermittler:	<input type="text"/>		

Produkt:	Swiss Life Super	Offertdatum:	<input type="text"/>
Offerte Nr.:	<input type="text"/>	Versicherungsbeginn:	<input type="text"/>
Offertversion:	<input type="text"/>	Vertragsdauer:	<input type="text"/>

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

1. Vertragspartner

Versicherungsnehmerin: BVG-Sammelstiftung Swiss Life

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

Firmenname: (bei Einzelfirma Name des Inhabers angeben)	<input type="text"/>
Rechtsform:	<input type="text"/>
Vertragssprache:	<input type="text"/>
Domiziladresse	
Kontaktperson:	<input type="text"/>
c/o:	<input type="text"/>
Strasse, Nr.:	<input type="text"/>
Postfach:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Tel. Nr.:	<input type="text"/>
Fax Nr.:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
Korrespondenzadresse (falls von Domiziladresse abweichend)	
Kontaktperson:	<input type="text"/>
c/o:	<input type="text"/>
Strasse, Nr.:	<input type="text"/>
Postfach:	<input type="text"/>
PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Tel. Nr.:	<input type="text"/>
Fax Nr.:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/> @ <input type="text"/>

Gesamte Korrespondenz an Makler ja nein

2. Angaben zum Vertragsverhältnis

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

Vertrag Nr.:

- b) **Hat der Arbeitgeber eine BKP-Nummer (Schweiz. Baukostenplan)?** ja nein

Wenn ja, Baukostenplan Nr. gemäss Swiss Life-Liste eintragen

B B B

- c) **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:

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

- e) **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.

- f) **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.

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

Wenn ja, Rentenverzeichnis von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung beilegen.

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

Wenn ja, Name des Berufsverbands:

(Anschlussmöglichkeit richtet sich nach der Liste der Verbandsversicherungen)

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

3. Prämienzahlung

Die Rechnungsstellung erfolgt

Gewünschte Zahlart:

Nur bei jährlich vorschüssiger Rechnungsstellung

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 er in Kenntnis sämtlicher Offertunterlagen den Antrag stellt.

Arbeitgebervertretende

Name, Vorname

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Berater

Name, Vorname

Ort und Datum

Unterschrift

Sales Support

Name, Vorname

Ort und Datum

Unterschrift

Beilagen

- Offertunterlagen (Planbestätigung(-en), Personalaufstellung, Aufstellung)
- Formular *Anmeldung*
- Formular *Gesundheitsprüfung*
- Rentenverzeichnis der bisherigen Vorsorgeeinrichtung
- Formular *Verbandsversicherungen*
- Kündigungsbestätigung der bisherigen Vorsorgeeinrichtung
- Anschlussvertrag der bisherigen Vorsorgeeinrichtung
- Neuer unterzeichneter *Anschlussvertrag* der BVG-Sammelstiftung Swiss Life
- Beiblatt *Personalliste EU*
- Handelsregister- oder Teledata-Auszug (falls vorliegend)
- Formular *Verwaltungskommissionsbeschluss: Wahl des Verzinsungsmodells Swiss Life ErtragPlus*