BVG-Vorsorgestiftung physioswiss

Geschäftsstelle: VCW Versicherungstreuhand AG, Brandschenkestrasse 30, 8001 Zürich, Tel. +41 41 785 04 50, e-mail: physiobvg@vcw.ch

Anmeldung

Arbeitgeber/in	**Praxis**	
	Strasse, Nr.	
	PLZ, Ort	
	Telefon Nr.	
	Vertrag	**Versichertengruppe**
Personalangaben	**Name**	
	Vorname	
	Versicherten-Nr.	756. **Geburtsdatum**
	Strasse, Nr.	
	PLZ, Ort	
	Telefon Nr.	
	Sprache (Versicherungsausweis)	☒ Deutsch ☐ Französisch ☐ Italienisch ☐ Englisch
	Geschlecht	☐ Mann ☐ Frau
	Zivilstand	Bitte auswählen!
		Falls verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft, Datum der Heirat / Eintragung der Partnerschaft:
Angaben zur Versicherung	**Versicherungsbeginn**	(Beginn des Arbeitsverhältnisses)
	Jahreslohn	CHF (inkl. 13. Monatslohn)
	Beschäftigungsgrad [1]	% **Voll arbeitsfähig?** [2] ☐ ja ☐ nein
Zusatzfragen für selbständig Erwerbstätige	Seit wann sind Sie selbständig erwerbstätig?	
	Waren Sie dem BVG bereits obligatorisch unterstellt?	☐ ja ☐ nein
	Wenn ja	von bis

Unterschrift

Arbeitgeber/in

Datum | Ort | Stempel und Unterschrift

[1] Eine zu versichernde Person gilt als teilzeitbeschäftigt, wenn deren regelmässige Wochenarbeitszeit kürzer ist als die eines vergleichbaren vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmers. Dabei ist die teilzeitbeschäftigte Person voll arbeitsfähig, d h. ihre Arbeitsfähigkeit ist nicht aus medizinischen Gründen eingeschränkt (vgl. Ziffer [2]).

[2] Die Frage ist mit „Nein“ zu beantworten, wenn die zu versichernde Person (und/oder)…

a) im Sinne der Eidg. Invalidenversicherung, der Unfallversicherung oder der Militärversicherung invalid ist und/oder sie Leistungen von einer oder mehrerer dieser Institutionen bezieht;
b) der Arbeit seit Versicherungsbeginn für mehr als 3 Wochen fern bleibt oder blieb;
c) in ihrer Leistungsfähigkeit aus medizinischen Gründen dauernd eingeschränkt ist.

Freizügigkeitsleistung
(aus früheren Vorsorgeeinrichtungen)

Verfügen Sie über Freizügigkeitsleistungen aus früheren Vorsorgeeinrichtungen, Freizügigkeitskonten oder Freizügigkeitspolicen? ☐ ja ☐ nein

Hinweis: Die Übertragung ist gesetzlich vorgeschrieben

(Entsprechendes Formular für die Übertragung verwenden)

Wohneigentum

- Ist der Anspruch auf die Vorsorgeleistungen ganz oder teilweise **verpfändet**? Wenn ja, bitte Kopie des Pfandvertrages beilegen. ☐ ja ☐ nein
- Haben Sie Ihre Freizügigkeitsleistung ganz oder teilweise **vorbezogen**? ☐ ja ☐ nein

  Wenn ja: Datum und Betrag des Vorbezugs _____ _____ CHF
- Objekt: ☐ Einfamilienhaus ☐ Stockwerkeigentum

Fragen an die zu versichernde Person

1. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren vor Versicherungsbeginn gesundheitliche Störungen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Wochen führten, oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Störungen? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche? _____
2. Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung oder Kontrolle und/oder in der Behandlung eines Chiropraktikers? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, bei wem?

   Name _____

   Adresse _____
3. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, welche? _____
4. Beziehen Sie Leistungen gemäss IVG, MVG, UVG, BVG, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung, oder haben Sie Leistungen beantragt? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja:
   - von wem? _____
   - für welchen Invaliditätsgrad? _____ %
   - Jährlicher Betrag in CHF _____

Bitte dieser Anmeldung die Entscheide/Verfügungen der genannten Institutionen beilegen.

Zusatzfragen für Selbständigerwerbende

Wann wurde die selbständige Erwerbstätigkeit aufgenommen? _____

War die zu versichernde Person dem BVG bereits obligatorisch unterstellt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: von _____ bis _____

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalls) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, andere und frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life und der Stiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life und der Stiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte **(einschliesslich medizinischer Angaben)** zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt. Zudem ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass Swiss Life und die Stiftung ihre Personalien und Gesundheitsdaten zum Zweck der Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs innerhalb von Swiss Life weitergibt sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern übermittelt. Die unterzeichnende Person nimmt im Übrigen zur Kenntnis, dass Swiss Life für die Datenaufbewahrung und Datenbearbeitung Dritte beauftragen kann. Die Daten werden durch Swiss Life, die Stiftung und beauftragte Dritte streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Unterschrift der zu versichernden Person

_____ Datum _____ Ort _____ Unterschrift

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann Swiss Life bzw. die Stiftung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.

Rücksendeadresse

Dieses Formular ist einzureichen an:

BVG-Vorsorgestiftung physioswiss
c/o VCW Versicherungstreuhand AG
Geschäftsstelle
Brandschenkestrasse 30
8001 Zürich