

Anmeldung für Praxisinhaber

Vertrags-Nr.: U230_ - _ _

Angaben über die zu versichernde Person

Name: _____ Vorname: _____

Praxisadresse: _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr.: 756. _____

Geschlecht: Mann Frau Sprache: deutsch französisch italienisch

Sind Sie Mitglied der SSO oder beabsichtigen Sie, ja nein
in nächster Zeit der SSO beizutreten?

Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

⇒ falls verheiratet: Heiratsdatum _____

in eingetragener Partnerschaft eingetragene Partnerschaft aufgelöst

⇒ falls in eingetragener Partnerschaft: Datum der Eintragung: _____

Versicherungsbeginn: _____

Jahreseinkommen (vor Abzug des Koordinationsabzuges) CHF _____

Wann erfolgte die Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit? _____

Waren Sie bis anhin obligatorisch dem BVG unterstellt? ja nein

Wenn ja, von wann bis wann? _____

Vorsorgepläne

- | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> STANDARD I | <input type="checkbox"/> PLUS IV-Rente 40% | <input type="checkbox"/> PLUS O IV-Rente 10% | <input type="checkbox"/> PLUS OS IV-Rente 10% |
| <input type="checkbox"/> STANDARD S | <input type="checkbox"/> PLUS IV-Rente 50% | <input type="checkbox"/> PLUS O IV-Rente 25% | <input type="checkbox"/> PLUS OS IV-Rente 25% |
| <input type="checkbox"/> OPTIMA* | | <input type="checkbox"/> PLUS O IV-Rente 40% | <input type="checkbox"/> PLUS OS IV-Rente 40% |
| | | <input type="checkbox"/> PLUS O IV-Rente 50% | <input type="checkbox"/> PLUS OS IV-Rente 50% |
- *Soll die Überlebenszeitrente mitversichert werden? ja nein

Der Praxisinhaber kann sich für die Durchführung der persönlichen beruflichen Vorsorge in einem anderen Plan versichern als seine Mitarbeiter.

Wartefrist Invalidenrente 12 Monate* 24 Monate

*Nicht möglich für Pläne Plus OS

Versicherung Todesfallkapital zusätzlich zu ja nein

Hinterlassenenleistungen
gemäss Art. 19 Abs. 1 des Reglements

Bitte auch Rückseite vollständig ausfüllen!

Gesundheitsfragen

Gleichzeitig mit der „Anmeldung für Praxisinhaber“ ist das Formular „Medizinischer Fragebogen“ ausgefüllt und unterzeichnet der SSO-Vorsorgestiftung einzureichen. Die SSO-Vorsorgestiftung behält sich vor, den Vertragsabschluss von der erwähnten Gesundheitsprüfung oder weitergehenden medizinischen Untersuchungen abhängig zu machen.

Sind Sie voll arbeitsfähig? ja nein

Beziehen Sie Leistungen gemäss Eidg. IV, MVG, UVG, BVG, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung, oder haben Sie Leistungen beantragt? ja nein

Wenn ja: - von wem? _____

- zu welchem Invaliditätsgrad? _____ % und Betrag pro Jahr? CHF _____

Freizügigkeitsleistungen

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

Wenn ja, sind diese soweit in die SSO-Vorsorgestiftung einzubringen, als sie zum Einkauf von Versicherungsjahren verwendet werden können. Zahlstelle: UBS AG, 8001 Zürich, IBAN CH73 0023 5235 4682 2701 U, z.G. SSO-Vorsorgestiftung, Zürich.

Wohneigentum

Sind Ihre Ansprüche auf Vorsorgeleistungen ganz oder teilweise verpfändet? ja nein

Haben Sie Ihre Freizügigkeitsleistung ganz oder teilweise vorbezogen? ja nein

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis / Akteneinsicht

Soweit für die **Durchführung der Personalvorsorge** (Risikoprüfung / Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) **erforderlich**, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, 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 den zuständigen Stellen der SSO-Vorsorgestiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life und der SSO-Vorsorgestiftung 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 Swiss Life bzw. die SSO-Vorsorgestiftung **streng vertraulich** behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der **vertragsmässigen Abwicklung** des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrags.

Unterschrift Praxisinhaber/in:

Unterschrift der Stiftung:

Ort, Datum _____

Bern, _____

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann Swiss Life bzw. die SSO-Vorsorgestiftung im Rahmen der gesetzlichen und reglementarischen Bestimmungen Leistungen kürzen, ablehnen oder von der Versicherung zurücktreten.
--

Dieses Formular ist einzureichen an: SSO-Vorsorgestiftung
Geschäftsstelle
Schwarztorstrasse 26
3001 Bern

Vorsorgeberater/Makler:

VB-Nr.: _____