

**Anmeldung für Arbeitnehmer**  
**Name, Adresse und Telefonnummer des Arbeitgebers**

Vertrags-Nr: U230 \_ - \_ \_

**Angaben über die zu versichernde Person**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Privatadresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ AHV-Nr. 756. \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_ Mobile-Tel: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  Mann  Frau Sprache:  deutsch  französisch  italienisch

Zivilstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

in eingetragener Partnerschaft  eingetragene Partnerschaft aufgelöst

Datum Heirat/Partnerschaft: \_\_\_\_\_ Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher AHV-Jahreslohn inkl. 13. Monatslohn CHF \_\_\_\_\_

Beschäftigungsgrad für Teilzeitangestellte  ja \_\_\_\_\_ %  nein

Ist die zu versichernde Person voll arbeitsfähig?  ja  nein

**Vorsorgepläne**

**a) Bei Bildung von Kollektiven:**

Es können maximal zwei Mitarbeiter-Kollektive mit je **einem** Versicherungsplan pro Kollektiv gebildet werden, nämlich:

- Mitarbeiter mit Kaderfunktion Plan \_\_\_\_\_ (aus nachfolgendem Angebot Plan auswählen)

- übrige Mitarbeiter Plan \_\_\_\_\_ (aus nachfolgendem Angebot Plan auswählen)

**b) Ohne Bildung von Kollektiven:** Aus nachfolgendem Angebot Plan auswählen und ankreuzen

(gilt für alle zu versichernden Mitarbeiter)

<input type="checkbox"/> STANDARD I	<input type="checkbox"/> PLUS IV-Rente 40%	<input type="checkbox"/> PLUS O IV-Rente 40%	<input type="checkbox"/> PLUS OS IV-Rente 25%
<input type="checkbox"/> STANDARD S	<input type="checkbox"/> PLUS IV-Rente 50%	<input type="checkbox"/> PLUS O IV-Rente 50%	<input type="checkbox"/> PLUS OS IV-Rente 40%
<input type="checkbox"/> OPTIMA*	<input type="checkbox"/> PLUS OS IV-Rente 10%	<input type="checkbox"/> PLUS OS IV-Rente 50%	
*Soll die Überlebenszeitrente mitversichert werden?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> STANDARD	<input type="checkbox"/> STANDARD O	Nur möglich bei Anschlüssen mit Planwahl STANDARD resp. STANDARD O vor 01.01.2014	
<b>Wartefrist Invalidenrente:</b>			<input type="checkbox"/> 12 Monate* <input type="checkbox"/> 24 Monate**
* Für Pläne PLUS OS nicht möglich			
** Bedingt eine Krankentaggeldversicherung mit Volldeckung			
<b>Versicherung Todesfallkapital zusätzlich zu Hinterlassenenleistungen gemäss Art. 19 Abs. 1 Vorsorgereglement:</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Beruf/Stellung**  Zahnarzt-Assistent(in)  Zahntechniker(in)  Dentalhygieniker(in)

Dentalassistent(in)  Prophylaxe-Assistent(in)  andere

Kaderstellung (nur ankreuzen bei Bildung von Kollektiven)  ja  nein

Ort, Datum:

**Unterschrift Arbeitgeber:**

*Bitte auch Rückseite vollständig ausfüllen lassen!*

## Von der zu versichernden Person auszufüllen

### Gesundheitsfragen

1. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren gesundheitliche Störungen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Wochen führten, oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Störungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

2. Sind Sie gegenwärtig oder periodisch in Behandlung oder Kontrolle bei einem Arzt, einem Psychotherapeuten oder einem Chiropraktiker?  ja  nein

Wenn ja, bei wem? Adresse: Name \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

3. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich?  ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

4. 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 Freizügigkeitspolice?  ja  nein

Wenn ja sind die Freizügigkeitsleistungen 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, SSO-Vorsorgestiftung, Zürich. Wir bitten Sie, bei Ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung die Überweisung zu veranlassen. *Die Übertragung ist gesetzlich vorgeschrieben*

### 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 der zu versichernden Person: \_\_\_\_\_

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  
Schwarztorstrasse 26  
3001 Bern

Vorsorgeberater / Makler: \_\_\_\_\_

VB-Nr. \_\_\_\_\_