

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 Hinterlassenenleistungen ☐ ja ☐ nein
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 CH78 0023 5235 4682 2703 V, 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.: _____
--------------------------------------	--	---