

## Anmeldung für Arbeitnehmer

Vertrags-Nr: U230 \_ - \_ -

### Name, Adresse und Telefonnummer des Arbeitgebers

---

### 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)

STANDARD I  PLUS IV-Rente 40%  PLUS O IV-Rente 40%  PLUS OS IV-Rente 25%

STANDARD S  PLUS IV-Rente 50%  PLUS O IV-Rente 50%  PLUS OS IV-Rente 40%

OPTIMA\*  PLUS OS IV-Rente 10%  PLUS OS IV-Rente 50%

\*Soll die Überlebenszeitrente mitversichert werden?  ja  nein

STANDARD  STANDARD O

Nur möglich bei Anschläßen mit Planwahl STANDARD resp. STANDARD O vor 01.01.2014

**Wartefrist Invalidenrente:**  12 Monate\*  24 Monate\*\*

\* Für Pläne PLUS OS nicht möglich

\*\* Bedingt eine Krankentaggeldversicherung mit Volldeckung

**Versicherung Todesfallkapital zusätzlich zu Hinterlassenenleistungen** gemäss Art. 19 Abs. 1 Vorsorgereglement:  ja  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 Freizügigkeitspolicen?

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 CH78 0023 5235 4682 2703 V, 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 Vorsorgefallen) **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. \_\_\_\_\_