

## 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)

<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? ☐ ja ☐ 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>Wartezeit 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 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 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. \_\_\_\_\_