



Anmeldung für Arbeitnehmer

Vertrags-Nr: _____

Name, Adresse und Telefonnummer des Arbeitgebers

Angaben über die zu versichernde Person

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ AHV-Nr. _____

Geschlecht: Mann Frau Sprache: deutsch französisch italienisch
Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
 in eingetragener Partnerschaft eingetragene Partnerschaft aufgelöst

falls verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft, Datum der Heirat / Eintragung der Partnerschaft: _____

Versicherungsbeginn: _____

Voraussichtlicher AHV-Jahreslohn inkl. 13. Monatslohn CHF _____

Beschäftigungsgrad für Teilzeitangestellte ja _____ % nein
(Nur auszufüllen, falls in der Anschlussvereinbarung eine Reduktion des Koordinationsabzuges entsprechend dem Grad der Teilzeitbeschäftigung vorgesehen ist.)

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	<input type="checkbox"/> STANDARD I	<input type="checkbox"/> STANDARD Splus	<input type="checkbox"/> PLUS OS
<input type="checkbox"/> STANDARD O	<input type="checkbox"/> STANDARD S	<input type="checkbox"/> PLUS O	<input type="checkbox"/> OPTIMA*
*Soll die Überlebenszeitrente mitversichert werden?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wartezeit Invalidenrente:			<input type="checkbox"/> 12 Monate* <input type="checkbox"/> 24 Monate**
* Für Pläne STANDARD Splus u. PLUS OS nicht möglich			
** Bedingt eine Krankentaggeldversicherung mit Volldeckung			
Versicherung Todesfallkapital zusätzlich zu Hinterlassenenleistungen gemäss Art. 19 Abs. 1 Regl. (ohne Plan Standard):			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Beruf/Stellung

Zahnarzt-Assistent(in) Dentalassistent(in)
 Zahntechniker(in) Prophylaxe-Assistent(in)
 Dentalhygieniker(in) andere

Kaderstellung (nur ankreuzen bei Bildung von Kollektiven) ja nein

Ort, Datum: _____

Unterschrift Arbeitgeber: _____

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 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. Wir bitten Sie, bei Ihrer bisherigen Vorsorgeeinrichtung die Überweisung zu veranlassen.

Hinweis: 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
Geschäftsstelle
Münzgraben 2
3000 Bern 7

Vorsorgeberater / Makler:

VB-Nr. _____