

## Anmeldung zur Versicherung

### Unternehmen

Name	<input type="text"/>	AG-Nr.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
PLZ/Ort	<input type="text"/>		

### Zu versichernde Person

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Nationalität	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="text"/>	SV-Nr.	<input type="text"/>
Telefon-Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

### Zivilstand

Zivilstand	<input type="text"/>	Heiratsdatum	<input type="text"/>
		Scheidungsdatum	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Im Konkubinat		LebenspartnerIn	<input type="text"/>

AHV-pflichtiges Jahreseinkommen	<input type="text"/>	Zu versichern ab	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Selbständig		Sparplan	<input type="text"/>
Bezieht eine IV-Rente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja: IV-Grad in %	<input type="text"/>

Name, Adresse des ehemaligen Arbeitgebers	<input type="text"/>
---	----------------------

Name, Adresse der ehemaligen Vorsorgeeinrichtung	<input type="text"/>
--	----------------------

Bemerkungen	<input type="text"/>
-------------	----------------------

Wir bestätigen, dass die zu versichernde Person voll arbeitsfähig ist.

Unterschrift der VertreterIn der Unternehmung

Ort und Datum:	<input type="text"/>
----------------	----------------------

## Ergänzung zur Anmeldung

### Unternehmen

Name

AG-Nr.

### Zu versichernde Person

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Fragen zur Gesundheit:  
Bitte beantworten Sie  
nebenstehende Fragen.

1. Waren Sie bei Versicherungsbeginn (bei Leistungserhöhungen zum Zeitpunkt der Änderungen) voll oder teilweise arbeitsunfähig? Falls ein IV-Bescheid vorliegt, diesen bitte beilegen.
2. Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls?
3. Benötigen Sie Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter ärztlicher Kontrolle?
4. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre Geschwülste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes, Nieren-, Magen-, Gallen- oder Lebererkrankungen Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen- oder Hörleiden?
5. Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalles mehr als 4 Wochen unterbrechen?
6. Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt, der ein positives Resultat (HIV-positiv) ergab?

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Falls Sie eine der Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Frage(n) Nr.

Welche Krankheiten, Unfälle, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?

Von

Behandelnde Ärzte, Spitäler, etc. (Bitte Adresse und bei Spitälern Arzt oder Abteilung angeben)

Bis

Ich ermächtige Ärzte und Spitäler, dem Vertrauensarzt der Stiftung GEPABU im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen. Ich nehme davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärungen abhängt und dass die Stiftung GEPABU bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann.

### Erklärung betreffend Altersguthaben und Freizügigkeitsleistungen

Ich bestätige:

- Dass ich sämtliche mir zur Verfügung stehenden Altersguthaben, wie gesetzlich vorgeschrieben, an die GEPABU überwiesen habe oder noch überweisen werde.
- Dass ich keine Vorbezüge gemäss Wohneigentumsförderungsgesetz gemacht oder diese deklariert habe bzw. deklarieren werde.
- Dass ich davon Kenntnis habe, dass meine persönlichen Guthaben in der Säule 3a, welche die jeweiligen Maximal-Beiträge pro Jahr für unselbständig Erwerbende plus Zins gemäss BVG Minimal-Verzinsung übersteigen, bei evtl. steuerbefreiten Einkäufen in die 2. Säule an das maximal einkaufbare Altersguthaben anzurechnen sind.

Unterschrift der versicherten Person

Ort, Datum