

## Anmeldung / Eintritt in die Pensionskasse

von allen Versicherten über 18 Jahren auszufüllen

Personalien			
<b>Nachname:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Vorname:</b>		<b>Geschlecht:</b>	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
<b>Adresse:</b>		<b>AHV-Nr:</b>	756.
<b>E-Mail:</b>			
<b>Zivilstand:</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden / aufgelöste Partnerschaft <input type="checkbox"/> verheiratet / eingetr. Partnerschaft      seit: _____ Name Partner/in: _____      Geburtsdatum: _____		
Ich bin gesetzlich unterstützungspflichtig (gem. ZGB Art. 125)			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

Freizügigkeitsleistung
Ich war über meinen ehemaligen Arbeitgeber bei einer Pensionskasse versichert: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung: _____ _____ ⇒ Bitte Überweisung mit beiliegendem Formular veranlassen.
Mein Vorsorgeguthaben ist auf einem gesperrten Freizügigkeitskonto: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: ⇒ Bitte Überweisung veranlassen.
<input type="checkbox"/> Es sind keine Freizügigkeitsleistungen vorhanden.
<input type="checkbox"/> Ich arbeite zum ersten Mal in der Schweiz

Wohneigentumsförderung
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Vorbezug getätigt. Datum: _____ Betrag: _____ BVG-Anteil: _____ <input type="checkbox"/> Ich habe eine Verpfändung getätigt. ⇒ Bitte Kopie des Pfandvertrages beilegen.

⇒ Bitte Rückseite ebenfalls ausfüllen und unterzeichnen.

Für die Aufnahme in die Kollektivversicherung der AXA Leben AG in Winterthur ist die Beantwortung der nachfolgenden Gesundheitsfragen nötig.

Gesundheitserklärung				
<input type="checkbox"/> Ich bin zum Zeitpunkt des Eintritts voll arbeitsfähig.				
<input type="checkbox"/> Ich bin zum Zeitpunkt des Eintritts zu _____ % arbeitsfähig.				
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Antrag für den Leistungsbezug bei einer Sozialversicherung (IV, UV, MV) gestellt.				
Ich war in den letzten 2 Jahren während mehr als 2 Wochen am Stück (teil-)arbeitsunfähig <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Ja:         </div>				
Art des Leidens:	von:	bis:	Dauer der Arbeitsunfähigkeit:	Adresse Arzt oder Spital:

Erklärung zur Anzeigepflicht und zum Datenschutz
<p>Ich erkläre hiermit, alle Fragen auf diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht dazu führen kann, dass Leistungen reduziert oder verweigert und Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können.</p> <p>Ich ermächtige die erwähnten Ärzte sowie die leistungserbringenden Sozialversicherungen, der Personalfürsorgestiftung der LARAG AG, jede nötige – auch medizinische – Auskunft im Zusammenhang mit dem Vorsorgevertrag zu gewähren. Die Daten werden durch die Personalfürsorgestiftung der LARAG AG streng vertraulich behandelt.</p> <p>Falls die Bearbeitung des Leitungsfalles es erfordert, willige ich ein, dass die Personalfürsorgestiftung der LARAG AG persönliche Daten (inklusive besonders schützenswerte Daten wie z.B. Gesundheitsdaten) zur Bearbeitung an Dritte im In- und Ausland bekannt gibt, welche am Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag beteiligt sind oder an einem anderen Vertrag, durch welchen ich im Rahmen der beruflichen Vorsorge ebenfalls versichert bin.</p>

Unterschriften			
Datum	Unterschrift der zu versichernden Person	Datum	Unterschrift der Personalfürsorgestiftung

⇒ Bitte senden Sie diesen Fragebogen direkt an die Personalfürsorgestiftung der LARAG AG,  
Toggenburgerstrasse 104, 9500 Wil. Bei Fragen oder Unklarheiten rufen Sie uns bitte an: 071 929 32 10.

Von der Stiftung auszufüllen					
Eintrittsdatum:		Versicherter Lohn:		Liste:	