

Anmeldung zur Kollektivversicherung

Arbeitgeber

Name Firma-Nr.
 Strasse, Nr. Kategorie

PLZ, Ort

Personalien

Name Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum Geschlecht Mann
 Frau

AHV-Nr.

Zivilstand ledig verwitwet Datum der Heirat / Eintragung der Partnerschaft

verheiratet

geschieden

in eingetragener Partnerschaft

in aufgelöster Partnerschaft

.....
 Datum der Scheidung / Auflösung der Partnerschaft

Sprache Deutsch Französisch Italienisch Unterstützungspflicht Ja Nein UVG-versichert Ja Nein

Eintrittsdaten / Lohnangaben / Art der Beschäftigung

Eintritt in die Firma Versicherungsbeginn

Berufl. Tätigkeit/Funktion

Beschäftigungsgrad %

AHV-Jahreslohn
 [aufgerechnet auf das volle Kalenderjahr]

Erfolgt die Anstellung aufgrund einer Umschulung der Eidg. Invalidenversicherung (IV)? Ja Nein

Arbeitsfähigkeit

Ist die zu versichernde Person zur Zeit und bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig? Ja Nein

Wenn nein: Grad der Arbeitsunfähigkeit% Seit wann?

Hat sie einen Antrag für den Leistungsbezug bei einer Sozialversicherung (IV, UV, MV) oder einer anderen Versicherung gestellt? (Sofern Entscheid vorliegt, bitte beilegen!) Ja Nein

Wenn ja, bei welcher?

Wurde aufgrund der IV-Revision 6a eine Invalidenrente reduziert oder aufgehoben? Ja Nein

Die zu versichernde Person und der Arbeitgeber bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person Unterschrift Arbeitgeber

Wichtig: Die Rückseite muss von der zu versichernden Person ausgefüllt und unterzeichnet werden!

Vollständig	Erfassung		Schlusskontrolle
	Datum	Visum	

