

Underwriting-Fragen

Firma / Vorsorgeeinrichtung

 Name und Ort

 NOGA-Code

 Anzahl versicherte Personen

 Anzahl erwerbsunfähige¹⁾ Personen in den letzten 5 Jahren

Wird bei der Anstellung eine ärztliche Untersuchung verlangt?

 Ja Nein

Haupttätigkeiten, z.B. Produktion, Verwaltung	in % versicherte Personen
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Berufliche Vorsorge / Bisherige Träger

 Sammel- oder Gemeinschaftseinrichtung. Welche?
 Firma- / konzerneigene Vorsorgeeinrichtung

Hinweis: Die Tellico pkFLEX oder der dementsprechende Rückversicherer ist ermächtigt, die bisherige Vorsorgeeinrichtung bzw. den Vorversicherer bezüglich des Schadenverlaufs anzufragen.

Bisherige Organisationsform

 Autonom Vollversichert. Bei?
 Halbautonom. Versicherer?

Krankentaggeld- / Unfallversicherer

 Krankentaggeldversicherung bei

 Unfallversicherung bei

Erwerbsunfähige Personen in den letzten 5 Jahren

Name, Vorname	Geb. Datum	Erwerbsunfähig seit	Erwerbsunfähig infolge	Zurzeit noch erwerbsunfähig	Invalidenrente pro Jahr in CHF	Altersgutschrift pro Jahr in CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>

K = Krankheit / U = Unfall

 Ort, Datum

 Unterschrift Stiftung / Arbeitgeber

Die mit ▲ gekennzeichneten Felder sind zwingend auszufüllen.

¹⁾ Als erwerbsunfähig gelten Personen, die in den letzten 5 Jahren erwerbsunfähig geworden sind und länger als 3 Monate arbeitsunfähig waren.