



Pensionskasse BUCH Postfach 300, 8401 Winterthur
www.pkbuch.ch Tel. 058 215 31 42

Anmeldung

Betrieb Nr.

Vertrag Nr. /

zur beruflichen Vorsorge für Selbstständigerwerbende (Art. 44 BVG)

Versicherte Person	Name	Vorname	Versichertennummer	
	Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	Telefonnummer	
	<input type="checkbox"/> verheiratet seit	<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft	E-Mail	
	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> in durch Tod aufgelöster Partnerschaft		
	<input type="checkbox"/> in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft			

- Aufnahmebedingungen**
- Der Beitritt ist möglich für Personen die kumulativ:
- selbstständig erwerbend im Kulturbereich tätig sind
 - das 18. Altersjahr zurückgelegt haben
 - gemäss Art. 44 BVG das Recht der freiwilligen Vorsorge in Anspruch nehmen wollen
- Mitglied des Verbandes Autorinnen und Autoren der Schweiz oder des Schweizer Buchhändler und Verlegerverbandes sind.

Angaben über das **Versicherungsbeginn** Vorsorgeverhältnis

Beginn der Versicherung

Lohn

Bei der PK BUCH zu versichernder Jahreslohn für Todesfall- und Invaliditätsversicherung (fixe Beträge gemäss a-e oder frei wählbarer Betrag gemäss f, im Minimum CHF 10'000.–)

- Sollte in etwa dem mutmasslichen Einkommen entsprechen, das Sie erwirtschaften (exkl. Einkommen, das bereits andernorts versichert ist).
- Der gemeldete Jahreslohn kann jeweils auf den Jahresanfang angepasst werden.

- a) CHF 10'000.–
- b) CHF 20'000.–
- c) CHF 30'000.–
- d) CHF 40'000.–
- e) CHF 50'000.–
- f) CHF

Arbeitsfähigkeit Die Ergänzung zur Anmeldung ist immer auszufüllen.

Freizügigkeitsleistung Eine allfällige Freizügigkeitsleistung einer bisherigen Vorsorgeeinrichtung ist wie folgt zu überweisen: AXA Leben AG, 8401 Winterthur, PC 85-785090-6, Konto Nr. 600113.12108 zugunsten Pensionskasse BUCH (bitte Angaben zur versicherten Person nicht vergessen).

Beitrittsvereinbarung Die versicherte Person verpflichtet sich, gleichzeitig mit dieser Anmeldung die Beitrittsvereinbarung zur Pensionskasse BUCH – Bestandteil dieses Formularsatzes – zu unterzeichnen und der Vorsorgestiftung im Doppel einzureichen.

Ohne gültige, von der versicherten Person sowie der Vorsorgestiftung unterzeichnete Beitrittsvereinbarung, kommt das mit dieser Anmeldung zu begründende Vorsorgeverhältnis nicht zustande.

Unterschrift Datum

Unterschrift der versicherten Person

Senden an Pensionskasse BUCH
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur



Pensionskasse BUCH Postfach 300, 8401 Winterthur
www.pkbuch.ch Tel. 058 215 31 42

Ergänzung zur Anmeldung

Betrieb Nr. _____
Vertrag Nr. _____ /

Versicherte Person	Name	Vorname	Versichertennummer	
	Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
	Aktuelle Erwerbstätigkeit			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
	Grösse (cm)	Gewicht (kg)		

Fragen zur Gesundheit Diese beziehen sich auf **die letzten 5 Jahre**. Bitte bei den mit «Ja» beantworteten Fragen jeweils die verlangten Einzelheiten angeben.

Einzelheiten	1. Waren Sie bei Versicherungsbeginn oder zum Zeitpunkt der Leistungserhöhung ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Liegt eine IV-Verfügung vor? Falls eine IV-Verfügung vorliegt, legen Sie diese bitte bei. Ansonsten bitte Abrechnungen der Krankentaggeld- oder Unfallversicherung beilegen, falls vorhanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	2. Bestehen bei Ihnen irgendwelche Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschädigungen bzw. Folgen eines Unfalles oder einer Krankheit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Welche	Seit wann	geheilt	nicht geheilt
			<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
	Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
			
	3. Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschädigungen: Arthrose, Asthma, Augenerkrankungen, Bronchitis, erhöhter Blutdruck, erhöhtes Cholesterin, Herzkrankheiten, Krebs, Lähmung, Multiple Sklerose, nicht korrigierte Hör- oder Sehverminderung, psychische Leiden oder Störungen, Rheuma, (Schild-) Drüsenstörungen, Schlaganfall, Wirbelsäulenbeschwerden, Zuckerkrankheit oder andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten, Symptome oder Störungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Welche	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
			<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
	Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
			
	Welche	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
			<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
	Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
			
	Welche	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
			<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
	Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
			

* 1 = geheilt/alles in Ordnung/Behandlung abgeschlossen

* 2 = nicht geheilt/nicht in Ordnung/in Behandlung oder Kontrolle

4. Mussten Sie die Arbeit wegen Krankheit oder Unfall mehr als 2 Wochen ganz oder teilweise aussetzen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weshalb	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler(Name und Adresse)			
.....			
Weshalb	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
5. Stehen oder standen Sie mehr als 4 Wochen in ärztlicher, chiropraktischer oder psychologischer Behandlung bzw. Kontrolle oder benötigen, nehmen oder nahmen Sie regelmässig Medikamente, Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel oder Drogen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weshalb stehen oder standen Sie in Behandlung/Kontrolle	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
Welche Medikamente usw.	Von wann bis wann	Wie viel pro Woche	
.....		
Weshalb stehen oder standen Sie in Behandlung/Kontrolle	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
Welche Medikamente usw.	Von wann bis wann	Wie viel pro Woche	
.....		
6. Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, z. B. Kontrollen, Röntgen, EKG, HIV-Test usw., die zu keinem normalen Ergebnis geführt haben (nicht anzugeben sind genetische Untersuchungen)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
7. Haben Sie sich einer Operation unterzogen (ambulant oder stationär) oder ist eine solche vorgesehen/empfohlen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
8. Welcher Arzt (auch Chiropraktor, Psychotherapeut) ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse orientiert?			
Name	Vorname	PLZ und Ort	
.....		
.....			

* 1 = geheilt/alles in Ordnung/Behandlung abgeschlossen
* 2 = nicht geheilt/nicht in Ordnung/in Behandlung oder Kontrolle

Zusatzangaben Waren Sie bei Ihrem letzten Arbeitgeber im Rahmen einer beruflichen Vorsorge versichert? Ja Nein
bei Stellenwechsel Wenn Ja, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Firma oder Vorsorgeeinrichtung

Strasse, PLZ und Ort

Besteht aus Ihrer letzten Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt? Ja Nein
(Falls Ja, bitte Kopie des Vorbehaltes beilegen)

Bemerkungen

Erklärung Ich ermächtige Ärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Spitäler, Unfall- und Krankentaggeldversicherer sowie meine bisherige Vorsorgeeinrichtung, dem ärztlichen Dienst der AXA Leben AG im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskunft über meinen Gesundheitszustand und/oder über meinen bisherigen Vorsorgeschutz zu erteilen. Ich nehme davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und dass die AXA Leben AG bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann.

Unterschrift Datum Unterschrift der versicherten Person

Senden an Pensionskasse BUCH
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur