

Auskunftsvollmacht Berufliche Vorsorge

Hinweis

Bitte nur Punkt 1. und 2. ausfüllen und unterzeichnen.

Die Fragen ab Punkt 3. werden vom Versicherer beantwortet.

1. Angaben über den Vertrag

Arbeitgeber	<input type="text"/>	Strasse/Nr.	<input type="text"/>
Vorsorgeträger/Vertrag	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>

2. Vollmacht des Arbeitgebers

Die/der Bevollmächtigte des Arbeitgebers gibt Pax das Einverständnis, die Angaben zu einer allfälligen Vertragsübernahme und zu Leistungsfällen inkl. Leistungs- und Kostenübersicht beim Vorversicherer einzuholen.

Ort/Datum	<input type="text"/>	Unterschrift/Stempel Arbeitgeber	<input type="text"/>
-----------	----------------------	-------------------------------------	----------------------

3. Fragen zum Vertrag

3.1 Per welchem Datum kann der Vertrag aufgelöst werden und welche Kündigungsfrist muss eingehalten sein?	Kündigungsfristdatum	<input type="text"/>
	Vertragsauflösungsdatum	<input type="text"/>
3.2 Liegt ein gültiges Kündigungsschreiben vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.3 Wurde der Vertrag von Ihnen gekündigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.4 Bestehen Zahlungsrückstände?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja <input type="text" value="CHF"/>
3.5 Besteht eine Unterdeckung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	wenn ja, Deckungsgrad <input type="text" value=""/>
3.6 Wird eine Teilliquidation/Sanierung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.7 Gibt es Versicherte nach Art. 47a BVG, welche bei einer Übernahme aufgrund des zum Zeitpunkt der Vertragsauflösung bestehenden Vertrages übernommen werden müssen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn ja, benötigen wir folgende Angaben pro Fall:		
<input type="checkbox"/> Vorname	<input type="checkbox"/> Form der Weiterversicherung (nur Risiko / Risiko und Altersvorsorge)	
<input type="checkbox"/> Name	<input type="checkbox"/> Jahreslohn und versicherter Lohn	
<input type="checkbox"/> Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> letzter gültiger Vorsorgeausweis	
<input type="checkbox"/> Geschlecht	<input type="checkbox"/> Beginn der Weiterversicherung nach Art. 47a BVG	
3.8 Betrug die Vertragsdauer weniger als 5 Jahre?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.9 Haben Sie vor, einen Zinsrisikoabzug vorzunehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.10 Nehmen Sie bei Invaliditätsfällen einen Zinsrisikoabzug vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

4. Fragen zu Gesundheitsvorhaben

- 4.1 Beziehen Personen Leistungen einer Taggeldversicherung, Invalidenversicherung, einer Pensionskasse, der Militär-, einer Unfall- oder einer anderen Sozialversicherung oder sind Anträge gestellt? Ja Nein
- 4.2 Gibt es Personen mit einem Gesundheitsvorbehalt oder einem Risikozuschlag? Ja Nein **wenn ja, Anzahl**

5. Fragen zu Leistungsfällen

- 5.1 Gibt es bestehende Altersleistungen, die übernommen werden müssen? Ja Nein **wenn ja, Anzahl**
- 5.2 Gibt es bestehende Hinterlassenenleistungen, die übernommen werden müssen? Ja Nein **wenn ja, Anzahl**
- 5.3 Gibt es bestehende Erwerbsunfähigkeitsleistungen, die übernommen werden müssen? Ja Nein **wenn ja, Anzahl**
- 5.4 Gibt es pendente Fälle von Arbeitsunfähigkeit? Ja Nein **wenn ja, Anzahl**

6. Weitere Angaben

Bitte teilen Sie uns für jeden Leistungsempfänger die folgenden Daten mit:

- Geschlecht, Geburtsdatum, Unfall-, Krankheitsgrund, Rentenart und Beginn
- Höhe der Reserven, der Beitragsbefreiung, der Rente, der anwartschaftlichen Leistungen (inkl. nötigen Berechnungsdaten)
- BVG-Werte für Witwen- / Waisen- / Invalidenrenten
- Beginn und Grad der Erwerbsunfähigkeit
- Geburtstag der Kinder

Bitte senden Sie uns zusätzlich folgende Dokumente in elektronischer Form:

- Aktuelles Versichertenverzeichnis
- Schadenrendement
- Aktuelle/r Vorsorgepläne/plan
- Vorbehaltsschreiben mindestens über die letzten fünf Jahre

7. Unterschrift Vorversicherer

Bei Übertragungen von definitiv verfügbaren invaliden Renten unter Teilnehmern des SVV/Drehtürtarifes gelten dessen Richtlinien, bei allen anderen Fällen gilt folgendes:

Die Vorsorgeeinrichtung bestätigt die Vollständigkeit dieser Angaben sowie der eingereichten Unterlagen und nimmt zur Kenntnis, dass auf diesen Unterlagen nicht aufgeführte, aber bereits gemeldete Leistungsfälle bei einem Wechsel der Vorsorgeeinrichtung nicht abgetreten werden können.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben.

Kontaktperson

Ort/Datum

Telefon-Nr.

**Unterschrift/Stempel
Vorversicherer**

E-Mail

Die Pax, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG ist von der Pax, Sammelstiftung BVG, von der Pax, Stiftung zur Förderung der Personalvorsorge und von der Pax, Sammelstiftung Balance mit der Geschäftsführung beauftragt und ermächtigt, alle Handlungen in deren Namen und für deren Rechnung vorzunehmen.