

Globale Bestätigung über die Arbeitsfähigkeit

für die angemeldeten Versicherten der Organisation/des Werks

Anschluss-Nr. _____

zugunsten der

prosperita Stiftung freie Vorsorge für Missionare (im Folgenden MISSIONARSSSTIFTUNG)

per Anschlussdatum _____

1. Sind alle zu versichernden Personen per oben erwähntem Datum voll arbeitsfähig?

JA

Nein

2. Wurde die obige Frage mit NEIN beantwortet, sind sämtliche nicht voll arbeitsfähige Personen (inkl. Taggeld- und Rentenbezüger) auf der beigelegten Liste A aufzuführen und - wenn möglich - die Art der Krankheit oder des Gebrechens sowie Namen und Adresse des behandelnden Arztes anzugeben.
3. Ebenso müssen auf der beigelegten Liste B diejenigen Personen aufgeführt werden, die bei der Beruflichen Vorsorge zu besonderen Aufnahmebedingungen (gesundheitliche Vorbehalte, Prämienzuschläge etc.) versichert sind.

Die Versicherungsfähigkeit der auf der Liste A oder B gemeldeten Personen wird von der Versicherungsgesellschaft im Auftrag der MISSIONARSSSTIFTUNG individuell geprüft.

Wichtiger Hinweis

Unrichtige oder unvollständige Angaben können gemäss Art. 6 und Art.7 des Bundesgesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) dazu führen, dass die MISSIONARSSSTIFTUNG berechtigt ist, den Vertrag zu kündigen und allfällige Leistungen nur teilweise oder gar nicht zu erbringen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers

Liste A: Beilage zu globalen Bestätigung über die Arbeitsfähigkeit

Werk/Organisation _____ Anschluss-Nr. _____

Liste der per _____ nicht voll arbeitsfähigen Personen.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankheit, Verletzung, Gebrechen	Seite wann?	Behandelnder Arzt (genaue Adresse)

Alle andern Personen sind voll arbeitsfähig.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers

Liste B: Beilage zu globalen Bestätigung über die Arbeitsfähigkeit

Werk/Organisation _____ Anschluss-Nr. _____

Liste der Personen, welche in der beruflichen Vorsorge per _____ zu besonderen Bedingungen versichert waren resp. sind.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankheit, Verletzung, Gebrechen	Seite wann?	Behandelnder Arzt (genaue Adresse)

Alle andern Personen sind in der beruflichen Vorsorge zu normalen Bedingungen versichert.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Versicherungsnehmers