



Kollektiv Vertrag Nr. _____

Vertragspartner (Arbeitgeber) _____

NL/VD	BD	AB	Vermittler Nr.
		0,0	

Der Arbeitgeber meldet die folgenden oder die in der beigefügten Datenmeldung genannten Arbeitnehmer zum Kollektivvertrag an. Es gelten die Vertragsdaten entsprechend den Vereinbarungen im Kollektivvertrag.

ZUGANGSDATEN DER ARBEITNEHMER: NUR AUSFÜLLEN, WENN KEINE GESONDERTE DATEN-MELDUNG BEIGEFÜGT WIRD!

Name	Vorname	Beruf (nur bei Ein-schluss BUZ/EUZ)	Personal-nummer	Geburtsdatum	m/w	Staatsange-hörigkeit	Diensteintritt am	Versicherungs-beginn am	Vers.-Ablauf MM.JJJJ	VS/Vers. Rente/ Todesfallleistung €	oder Beitrag	AG-finanziert	AN-finanziert
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Anschrift _____													
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Anschrift _____													
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Anschrift _____													
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Anschrift _____													
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Anschrift _____													
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Anschrift _____													

Arbeitgeberfinanzierung:

Dienstobliegenheitserklärung des Arbeitgebers (Nur bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsleistungen, Todesfallleistungen, Witwen- und Waisenzusatzversicherung): Bitte beachten Sie die aktuellen Annahmerichtlinien für das Kollektivgeschäft.

Der Arbeitgeber erklärt mit seiner Unterschrift, dass die zu versichernden Personen (Arbeitnehmer) zur Zeit ihren Dienst uneingeschränkt versehen.

Für folgende Personen aus dieser Zugangserklärung/der beigefügten Datenmeldung kann diese Erklärung nicht abgegeben werden: _____

Für diese Personen ist eine Gesundheitsprüfung analog dem Einzelgeschäft erforderlich (normale Gesundheitsprüfung). Die nach den Annahmerichtlinien für das Kollektivgeschäft erforderlichen Gesundheitserklärungen pro zu versichernden Arbeitnehmer sind beigefügt.

Entgeltumwandlung:

Bei Versicherung von Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsleistungen, Todesfallleistungen, Witwen- und Waisenzusatzversicherung: Die nach den Annahmerichtlinien für das Kollektivgeschäft erforderlichen Mitarbeitererklärungen pro zu versicherndem Arbeitnehmer sind beigefügt.

Hinweis:

Bei obligatorisch vereinbarter BU-/EU-Beitragsbefreiung im Kollektivvertrag entfällt die obige Dienstobliegenheitserklärung des Arbeitgebers bzw. Mitarbeitererklärung des Arbeitnehmers.



Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arbeitgebers (Vertragspartner)
