

PENSIONSKASSE
Deutscher Genossenschaften VVaG
Postfach 78 49
48042 Münster

Verzicht auf die Gesundheitsprüfung gem. § 1 Nr. 2 AVB uniFLEX

Arbeitgeber: _____

Arbeitgeber Nr.: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir beantragen für die Aufnahme unserer Mitarbeiter in den uniFLEX-Tarif auf die Angaben zum Gesundheitszustand zu verzichten.

Uns ist bekannt, dass

- der PENSIONSKASSE eine Kopie unserer betrieblichen Regelung vorliegen muss
- der PENSIONSKASSE Änderungen der betrieblichen Regelung unverzüglich rechtsverbindlich mitgeteilt werden müssen
- mindestens 90 % eines durch betriebliche Regelung abgegrenzten Personenkreises, jedoch mindestens 10 Personen, zur Versicherung angemeldet werden müssen
- bei jeder Neuanmeldung zur PENSIONSKASSE die Arbeitsfähigkeit der anzumeldenden Person zugesichert werden muss

Wir erklären uns damit einverstanden und erkennen an, dass die PENSIONSKASSE bei Nichtvorliegen bzw. Wegfall der genannten Voraussetzungen jederzeit berechtigt ist, nach Maßgabe der AVB die Vorlage von fachärztlichen Gutachten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Mitglieder zu verlangen.

Mit freundlichen Grüßen

(Ort/Datum)

(Firmenstempel/Unterschriften)

Anlage
Kopie der betrieblichen Regelung