

Erklärung des Arbeitgebers zum Vertrag^(*) (Arbeitgeber-Dienstobliegenheitserklärung)

für Personen mit einer Betriebszugehörigkeit von mind. 6 Monaten
(Arbeitgeber-Finanzierung) bzw. 12 Monaten (Arbeitnehmer- bzw. Misch-Finanzierung)

*(Für kürzer Beschäftigte ist eine Eigen-Dienstobliegenheitserklärung – zur Zeit Formular GV--M0368Z0 – erforderlich.
Der federführende Versicherer der MetallRente-Konsortien ist außerdem berechtigt, eine Gesundheitserklärung anzufordern,
wenn ein früherer Antrag auf Abschluss einer Versicherung beim Federführer aus Gesundheitsgründen abgelehnt, zurückgestellt,
nicht zu normalen Bedingungen angenommen oder schon einmal ein Antrag auf Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätsleistungen
gestellt wurde.)*

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen für jeden Beschäftigten einzeln:

- Ist die nachfolgend aufgeführte Person **derzeit arbeitsfähig** und war sie in den letzten 2 Jahren* **nicht länger als 4 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig**?
- Haben für die nachfolgend aufgeführte Person aktuell und in den letzten 2 Jahren* **keine Wiedereingliederungsmaßnahmen** stattgefunden?
- Liegen Ihnen für die nachfolgend aufgeführte Person **keine Kenntnisse** vor über **bestehende Behinderungen** (darunter zu verstehen sind Schwerbehinderte bzw. gleichgestellte behinderte Menschen gem. § 2 SGB IX)?

* bzw. seit Diensteintritt, wenn der Diensteintritt innerhalb der letzten 2 Jahre erfolgte

Im Vertrag^(*) zu versichernde Personen/aufzunehmende Versorgungsberechtigte

^(*) Bitte hier die Vertrags-Nummer eintragen bzw. falls Sie mehrere Vertrags-Nummern haben, bitte alle eintragen.

- gemäß beigefügtem Datenträger
 gemäß folgender Liste

Zuname, Vorname	Geburtsdatum	ausgeübte Tätigkeit	Können alle o.a. Fragen mit „ja“ beantwortet werden?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Für Personen, für die „nein“ in der Tabelle angekreuzt ist, ist eine Gesundheitserklärung (z. B. Formular GV--M0318Z0) erforderlich.

(Ort und Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)