

Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung

STIFTUNG FREIE VORSORGE
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Anrede:	☐ Herr ☐ Frau	Geburtsdatum:	
Name:		Vorname:	
Strasse:		Hausnummer:	
PLZ:		Ort:	
Land:		Nationalität(en):	
E-Mail:		Telefon:	

(nachstehend «versicherte Person»)

Die vorliegende Anmeldung ist vollständig auszufüllen. Eine unvollständige Anmeldung kann nicht bearbeitet werden und die Aufnahme in die kollektive Risikoversicherung ist nicht möglich. Die Aufnahme in die kollektive Risikoversicherung setzt die Mitgliedschaft im Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe voraus. Falls noch keine Mitgliedschaft besteht, ist diese im Rahmen der Anmeldung zu beantragen (Antrag Mitgliedschaft).

1. Weitere Angaben

AHV-Nummer:		Zivilstand:	
Akademischer Titel:		Beruf:	
Arbeitgeber:			
☐ angestellt			
☐ selbstständig			
☐ nicht erwerbstätig			

AHV-Jahreslohn der letzten drei Jahre:

1. Jahr (aktuelles Jahr):	CHF (gerundet):	
2. Jahr:	CHF (gerundet):	
3. Jahr:	CHF (gerundet):	

Übt die versicherte Person eine oder mehrere der folgenden risikorelevanten Aktivitäten aus?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, Tauchen Bitte ausgefülltes Zusatzformular «Fragebogen Freizeitrisiken Tauchen» beilegen
- ☐ Ja, Bergsteigen und/oder Klettern Bitte ausgefülltes Zusatzformular «Fragebogen Freizeitrisiken Bergsteigen und Klettern» beilegen
- ☐ Ja, Wintersport (mit erhöhtem Risiko) Bitte ausgefülltes Zusatzformular «Fragebogen Freizeitrisiken Wintersport» beilegen
- Ohne Einreichung des entsprechenden Zusatzformulars kann der Antrag nicht abschliessend geprüft werden.

- ☐ Ja, andere risikorelevante Aktivität (z. B. in privater Luftfahrt, Motorsport o.ä. Extremsportarten bzw. Aktivitäten),
bitte genauer beschreiben

Seit wann?	Wie häufig?
Allfällig vorhandene Brevets:	Brevet erworben im Jahr:

Steht in den nächsten 12 Monaten ein Aufenthalt von länger als 3 Monaten im Ausland bevor?

Falls ja, Land:	Dauer:	Zweck des Aufenthalts:
-----------------	--------	------------------------

Ist die versicherte Person aktuell in der 2. Säule (Pensionskasse) versichert?

- ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, bitte den aktuellen Vorsorgeausweis beilegen.



Bestehen weitere Lebens-, Erwerbsunfähigkeits- oder Invalidenversicherungen oder sind Anträge dafür pendent?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, bitte die aktuelle Police oder den Antrag beilegen.

2. Gewünschte Risikoleistungen

Versicherungsbeginn (1. Tag des Monats): _____

☐ Neuantrag

☐ Änderungsantrag Versicherungs-Nr.: _____

Die versicherte Person möchte folgende Leistungen versichern:

☐ Invalidenrente pro Jahr (Wartefrist 24 Monate)

CHF _____

☐ Todesfallkapital ☐ konstant, oder ☐ linear fallend

CHF _____

☐ Waisenrente pro Jahr (pro Kind max. CHF 18'000)

CHF _____

Die versicherten Leistungen werden längstens bis zum Schlussalter (Frauen 64 Jahre, Männer 65 Jahre, Waisen 20 Jahre [in Ausbildung bis maximal 25 Jahre]) erbracht. Es gelten die Informationen und Bestimmungen für die versicherten Personen des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages zwischen der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe und der VZ BVG Rück AG.

Was ist der Grund für die Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung?

☐ Persönliche Abdeckung

☐ Geschäftskredit

☐ Familienabsicherung

☐ Anderer Grund

☐ Hypothek

Falls es sich um einen anderen Grund handelt, bitte den Grund die gewünschte Deckung genauer beschreiben:

3. Gesundheitszustand

1. Fühlt sich die versicherte Person gesund?

☐ Ja

☐ Nein

Falls Nein, aus welchem Grund/welcher Diagnose? _____

Seit wann? _____

Arzt, Spital, Adresse: _____

2. Ist die versicherte Person zurzeit voll arbeitsfähig?

☐ Ja

☐ Nein

Falls Nein, aus welchem Grund/welcher Diagnose? _____

Seit wann? _____

Arzt, Spital, Adresse: _____

3. War die versicherte Person in den letzten 5 Jahren länger als 4 Wochen arbeitsunfähig?

☐ Ja

☐ Nein

Falls Ja, aus welchem Grund/welcher Diagnose? _____

Seit wann? _____

Arzt, Spital, Adresse: _____



4. Ist oder war die versicherte Person in den letzten 5 Jahren in medizinischer Behandlung/Kontrolle oder ist eine solche vorgesehen?
☐ Ja ☐ Nein
Falls Ja, welche und weshalb? _____
Seit wann? _____
Arzt, Spital, Adresse: _____
5. Nimmt oder nahm die versicherte Person in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein?
☐ Ja ☐ Nein
Falls Ja, welche? _____
Seit wann? _____
Arzt, Spital, Adresse: _____
6. Hat die versicherte Person in den letzten 24 Monaten Raucherwaren konsumiert?
☐ Ja ☐ Nein
Falls Ja, welche? _____
Wie viel pro Woche? _____
7. Leidet oder litt die versicherte Person in den letzten 10 Jahren an Suchtkrankheiten oder hat sie illegale Drogen/Betäubungsmittel konsumiert?
☐ Ja ☐ Nein
Falls Ja, welche? _____
Seit wann? _____
Arzt, Spital, Adresse: _____
8. Hat die versicherte Person Geburtsgebrechen, Körperbehinderungen oder Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit?
☐ Ja ☐ Nein
Falls Ja, welche? _____
Seit wann? _____
Arzt, Spital, Adresse: _____
9. Bestehen oder bestanden bei der versicherten Person in den letzten 10 Jahren Herz- oder Kreislauferkrankungen, psychische Erkrankungen, Tumore oder sonstige Krankheiten oder Beschwerden, welche noch nicht abgefragt wurden?
☐ Ja ☐ Nein
Falls Ja, aus welchem Grund/welcher Diagnose? _____
Seit wann? _____
Arzt, Spital, Adresse: _____
10. Bitte Körpergrösse (cm) und Gewicht (kg) der versicherten Person angeben.
Körpergrösse: _____ Gewicht: _____
11. Bezieht oder bezog die versicherte Person in den letzten 10 Jahren Leistungen der Invaliden-, Militär- oder Unfallversicherung, Pensionskasse, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung oder hat sie solche Leistungen beantragt?
☐ Ja ☐ Nein
Falls Ja, welche und weshalb? _____
Seit wann? _____
Arzt, Spital, Adresse: _____



12. Wurden Anträge für Versicherungen der 2. oder 3 Säule, der Krankenkasse oder einer Kranken-/Unfalltaggeldversicherung abgelehnt, unter erschwerten Bedingungen (Vorbehalte, Mehrprämien, Kürzung der Versicherungsdauer und/oder Leistungen) angenommen oder hat die versicherte Person solche Anträge zurückgezogen?

☐ Ja

☐ Nein

Falls Ja, aus welchem Grund? _____

4. Bestätigung

Mit der Unterzeichnung dieses Dokuments bestätigt die versicherte Person, alle Fragen inklusive solchen auf allfällig eingereichten Zusatzformularen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann die Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe die Leistungen kürzen oder verweigern. Weiter bestätigt die versicherte Person die Richtigkeit der darin deklarierten Tatsachen (Gefährstatsachen). Die versicherte Person verpflichtet sich, Änderungen, die vor Beginn des definitiven Versicherungsschutzes eintreten, zu melden.

Die versicherte Person erklärt, dass sie die Informationen und Bestimmungen für die versicherten Personen des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages zwischen der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe und der VZ BVG Rück AG erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen hat. Sie anerkennt diese in vollem Umfang.

Die versicherte Person bestätigt, dass sie Mitglied im Interessenverband für Ärzte und andere akademische Berufe ist bzw. eine entsprechende Mitgliedschaft begründen wird.

Die versicherte Person ermächtigt die angegebenen Ärzte, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Spitäler etc., der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe und der VZ BVG Rück AG Auskunft über ihren Gesundheitszustand zu erteilen.

Diese Ermächtigung gilt auch für die Erteilung von Auskünften gegenüber dem vertrauens- und versicherungsärztlichen Dienst des RVK, Haldenstrasse 25, 6006 Luzern. Dieser agiert als Beauftragter der VZ BVG Rück AG zur Prüfung der gesundheitlichen Situation der versicherten Person.

Informationen dazu, wie die Stiftung freie Vorsorge Kundendaten bearbeitet, sind in der Datenschutzerklärung unter www.freievorsorge.ch/page/datenschutz zu finden und können bei der Stiftung freie Vorsorge bezogen werden.

Informationen dazu, wie die VZ BVG Rück AG Kundendaten bearbeitet, sind in der Datenschutzerklärung unter www.vzch/datenschutz zu finden und können bei der VZ BVG Rück AG bezogen werden.

Anmeldeformular bitte im Original oder per E-Mail an die Stiftung freie Vorsorge einreichen:

Stiftung freie Vorsorge
Löwenstrasse 25
Postfach
8021 Zürich

E-Mail: info@freievorsorge.ch

Datum:



Name:

Vorname:

