

Anmeldung

für die Aufnahme in den Kollektivversicherungsvertrag der Stiftung freie Vorsorge mit der PKRück Lebensversicherungsgesellschaft für betriebliche Vorsorge AG

Diese Anmeldung ist vom Antragsteller vollständig auszufüllen und der Stiftung im Original einzureichen. Eine unvollständige Anmeldung kann nicht bearbeitet werden.

Angaben der zu versichernden Person

Name	Geschlecht	weiblich	männlich
Vorname	Geburtsdatum		
Zivilstand	Sozialvers.-Nr. 756 .	_____	_____
Adresse	Akad. Titel		
PLZ, Ort	Beruf/Tätigkeit		
Telefonnummer	Arbeitgeber		
E-Mail	angestellt	selbstständig	nicht erwerbstätig
Sprache Korrespondenz	Deutsch	Französisch	Jahreslohn/-einkommen CHF
Sind Sie besonderen Berufs- oder Freizeitrisiken ausgesetzt, z.B. Tauchen, Autorennfahren, Extremsportarten, Umgang mit gefährlichen Stoffen?		ja	nein
Falls ja, Beschreibung der Tätigkeit:			
Seit wann führen Sie diese Tätigkeit aus?	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?		ja	nein
Falls ja, Land:	Dauer:	Zweck des Aufenthalts:	
Sind Sie aktuell in der 2. Säule (berufliche Vorsorge/Pensionskasse) versichert?		ja	nein

Gewünschte Risikoleistungen

Versicherungsbeginn	01 Tag	Monat	Jahr	Neuantrag
				Änderungsantrag Versicherungs-Nr.:

Ich möchte die folgenden 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 Kollektivversicherungsvertrags zwischen der Stiftung freie Vorsorge und der PKRück Lebensversicherungsgesellschaft für die betriebliche Vorsorge AG.

Fragen zur Gesundheit der zu versichernden Person

1	Sind Sie voll arbeitsfähig?	ja	nein
	Falls nein , in welchem Masse sind Sie arbeitsunfähig? %		
	Was ist der Grund der Arbeitsunfähigkeit?		
2	Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ununterbrochen ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	ja	nein
3	Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in Behandlung* von Ärzten, Psychologen oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z.B. Heilpraktiker, Physiotherapeut)?	ja	nein
	Ist eine Behandlung* vorgesehen?	ja	nein
	<small>*ausgenommene Behandlungen: Impfungen, Erkältungen, gynäkologische und zahnärztliche Routineuntersuchungen</small>		
4	Haben Sie in den letzten 5 Jahren rezeptpflichtige Medikamente (ausser Empfängnisverhütung) länger als 4 Wochen eingenommen oder verschrieben bekommen?	ja	nein
5	Haben Sie jemals bei der Invalidenversicherung (IV) oder einem anderen Versicherer Leistungen (d.h. Tag-gelder, Renten, Hilfsmittel, Umschulungsmassnahmen) gefordert oder erhalten?	ja	nein
6	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 10 Jahren Krankheiten oder Beschwerden, die in den Fragen 1 bis 5 nicht abgefragt wurden (z.B. Herz- oder Kreislauferkrankungen, psychische Erkrankungen, Tumore)?	ja	nein
7	Haben Sie jetzt oder hatten Sie in den letzten 10 Jahren Suchtprobleme (z.B. Alkohol, Medikamente) oder illegale Drogen/Betäubungsmittel konsumiert?	ja	nein
8	Haben Sie in den letzten 24 Monaten Raucherwaren konsumiert?	ja	nein
	Falls ja , was? Wie viel pro Woche?		
9	Hat bei Ihnen jemals ein HIV-Test das Resultat HIV-positiv ergeben?	ja	nein
10	Geben Sie bitte Ihre Körpergrösse (cm) und Ihr Gewicht (kg) an.		
11	Wurden Anträge für Versicherungen der 2. und/oder 3. Säule, der Krankenkasse oder einer Kranken-/Unfall-taggeldversicherung abgelehnt, unter erschwerten Bedingungen (Vorbehalte, Mehrprämien, Kürzung der Ver-sicherungsdauer und/oder Leistungen) angenommen oder haben Sie solche Anträge zurückgezogen?	ja	nein
	Falls ja , aus welchem Grund?		
	Bitte Kopie des Vorbehaltes / Mehrprämien beilegen.		
12	Bestehen weitere Lebens-, Erwerbsunfähigkeits- oder Invalidenversicherungen oder sind Anträge dafür pendent?	ja	nein
	Name der Gesellschaft:		
	Art und Höhe der Versicherung:		
	Bleibt diese Versicherung nach Eintritt in die Stiftung freie Vorsorge weiter bestehen?	ja	nein

Falls Sie **eine oder mehrere** der Fragen 2-6 mit **JA** beantwortet haben oder eine noch nicht erwähnte gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Frage Nr.	Wie lautet(e) die Diagnose bzw. welche Beschwerden haben oder hatten Sie? Angaben zu Medikamenten/Drogen (z.B. Name/Dosis)	Wann, wie lange? Geheilt? Folgen?	Name und Adresse des behandelnden Arztes oder Spitals:
-----------	--	-----------------------------------	--

Erklärung, Vollmacht und Einwilligung

Erklärung zu den Informationen und Bestimmungen

Ich erkläre, dass ich die Informationen und Bestimmungen für die versicherten Personen des Kollektivlebensversicherungsvertrags zwischen der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe (nachfolgend Stiftung genannt) und der PKRück Lebensversicherungsgesellschaft für die betriebliche Vorsorge AG (nachfolgend PKRück genannt) gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ich anerkenne diese in vollem Umfang. Ich bestätige zudem, die Gesundheitsfragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Datenweitergabe zur Risikobeurteilung und Vollmacht zur Einholung von Gesundheitsdaten

Die Aufnahme in die Versicherungsdeckung kann von einer aktuellen Risikobeurteilung abhängig gemacht werden. Die Stiftung respektive die PKRück benötigen dazu alle Rechte, um Ihre Angaben in dieser Anmeldung und weitere Gesundheitsfragen zu prüfen sowie auch weitere gesundheitsbezogene Informationen von Dritten einzuholen. Die Stiftung respektive die PKRück bearbeiten Ihre gesundheitsbezogenen Angaben zur Risikobeurteilung sowie zur Begründung eines eventuellen Vorbehalts.

Datenbearbeitung der Rückdeckungs- und Rückversicherer zur Risikobeurteilung

Die Stiftung hat die versicherbaren Risiken bei der PKRück versichert. Die PKRück ihrerseits bedient sich in einigen Fällen mit Rückversicherungen. Damit die Rückdeckungs- und Rückversicherer das Risiko beurteilen und kontrollieren können, wird die Stiftung respektive die PKRück diesen Ihre Gesundheitsdaten vorlegen. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückdeckungs- und Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Vollmacht zur Einholung von Gesundheitsdaten und Einwilligung zur Weitergabe von Daten

- Ich ermächtige die im Zusammenhang mit den von mir genannten Gesundheitsangaben behandelnden Ärzte, Psychologen, Physio- und Psychotherapeuten und weiteres medizinisch geschultes Personal, der Stiftung respektive der PKRück alle Auskünfte und Unterlagen über meinen Gesundheitszustand und allfällige Behandlungen zum Zwecke der Risikobeurteilung zu erteilen. Ich befreie die Personen und Mitarbeitenden der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Stiftung respektive der PKRück. Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Stiftung respektive die PKRück meine Gesundheitsdaten für die genannten Zwecke an diese Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeitenden dieser Institutionen ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.
- Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an die Stiftung respektive die PKRück und eventuell weiteren Rückversicherungen übermittelt und dort zu den in diesem Dokument genannten Zwecken verwendet werden. Diese Einwilligung umfasst ausdrücklich auch das Recht der PKRück, meine Gesundheitsdaten für dieselben Zwecke wiederum an weitere Rückversicherer weiterzuleiten.

Diese Einwilligungen können jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Stiftung und die PKRück widerrufen werden. Der unterzeichnenden Person ist bewusst, dass bei einer Verweigerung der erforderlichen Einwilligungen oder einem Widerruf einer erteilten Einwilligung eine Versicherung der vereinbarten Leistungen möglicherweise nicht gewährleistet werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Anmeldeformular vervollständigt (bitte insbesondere sämtliche Gesundheitsfragen beantworten (2. Seite) und die Einwilligung zur Einholung von Gesundheitsdaten und zur Weitergabe von Daten (3. Seite) erteilen und im Original einreichen an:

**Stiftung freie Vorsorge
Löwenstrasse 25
Postfach
8021 Zürich**