

Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung

STIFTUNG FREIE VORSORGE
FÜR ÄRZTE UND ANDERE AKADEMISCHE BERUFE

Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Geburtsdatum: _____
Name: _____	Vorname: _____
Strasse: _____	Hausnummer: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Land: _____	Nationalität(en): _____
E-Mail: _____	Telefon: _____

(nachstehend «versicherte Person»)

Bitte füllen Sie die vorliegende Anmeldung vollständig aus. Eine unvollständige Anmeldung kann nicht bearbeitet werden.

1. Weitere Angaben

AHV-Nummer: _____	Zivilstand: _____
Akademischer Titel: _____	Beruf: _____
Arbeitgeber: _____	
<input type="checkbox"/> angestellt	
<input type="checkbox"/> selbstständig	
<input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	

AHV-Jahreslohn der letzten drei Jahre:

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

Sind Sie besonderen Freizeitrissen ausgesetzt?

Ja Nein

(z.B. Tauchen, Bergsteigen, Kunstflug, Fallschirmspringen, Autorennfahren, andere Extremsportarten)

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?

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

Sind Sie 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.: _____

Ich 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
- Familienabsicherung
- Hypothek
- Geschäftskredit
- Anderer Grund

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

3. Gesundheitszustand

1. Fühlen Sie sich gesund?

- Ja
- Nein

Falls Nein, aus welchem Grund/welcher Diagnose? _____

Seit wann? _____

Arzt, Spital, Adresse _____

2. Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig?

- Ja
- Nein

Falls Nein, aus welchem Grund/welcher Diagnose? _____

Seit wann? _____

Arzt, Spital, Adresse _____

3. Waren Sie 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. Sind oder waren Sie 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. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein?
 Ja Nein
Falls Ja, welche? _____
Seit wann? _____
Arzt, Spital, Adresse _____
6. Haben Sie in den letzten 24 Monaten Raucherwaren konsumiert?
 Ja Nein
Falls Ja, welche? _____
Wie viel pro Woche? _____
7. Leiden oder litten Sie in den letzten 10 Jahren an Suchtkrankheiten oder haben Sie illegale Drogen/Betäubungsmittel konsumiert?
 Ja Nein
Falls Ja, welche? _____
Seit wann? _____
Arzt, Spital, Adresse _____
8. Haben Sie Geburtsgebrechen, Körperbehinderungen oder Folgen eines Unfalls oder einer Krankheit?
 Ja Nein
Falls Ja, welche? _____
Seit wann? _____
Arzt, Spital, Adresse _____
9. Bestehen oder bestanden bei Ihnen 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. Geben Sie bitte Ihre Körpergrösse (cm) und Ihr Gewicht (kg) an.
Körpergrösse: _____ Gewicht: _____
11. Beziehen oder bezogen Sie in den letzten 10 Jahren Leistungen der Invaliden-, Militär- oder Unfallversicherung, Pensionskasse, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung oder haben 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 haben Sie solche Anträge zurückgezogen?
 Ja Nein
Falls Ja, aus welchem Grund? _____



4. Bestätigung

Mit der Unterzeichnung dieses Dokuments bestätigen Sie, alle Fragen 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 bestätigen Sie die Richtigkeit der darin deklarierten Tatsachen (Gefahrstatsachen). Sie verpflichten sich, Änderungen, die vor Beginn des definitiven Versicherungsschutzes eintreten, zu melden.

Sie erklären, 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 haben. Sie anerkennen diese in vollem Umfang.

Sie ermächtigen die angegebenen Ärzte, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Spitäler etc. der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe 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 Ihrer gesundheitlichen Situation.

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:

