

Anmeldung für die kollektive Risikoversicherung

(Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag zwischen der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe und der Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft 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	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
Zivilstand	_____	Sozialvers.-Nr.	756 . _____ . _____ . _____
Adresse	_____	PLZ, Ort	_____
Akad. Titel	_____	Beruf / Tätigkeit	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____
Arbeitgeber	_____	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig	
Sprache Korrespondenz	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch	Jahreslohn / -einkommen CHF	_____

Sind Sie besonderen Berufs- oder Freizeitrissen 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

Falls ja, bitte den aktuellsten Vorsorgeausweis beilegen.

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 Schlusssalter (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 Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft 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

*ausgenommene Behandlungen: Impfungen, Erkältungen, gynäkologische und zahnärztliche Routineuntersuchungen

4. Haben Sie in den letzten 5 Jahren rezeptpflichtige Medikamente (ausser Empfängnisverhütung) länger als 4 Wochen eingenommen oder verschrieben bekommen? Ja Nein

Nehmen Sie aktuell oder beabsichtigen Sie künftig rezeptpflichtige Medikamente einzunehmen (ausser Empfängnisverhütung)? Ja Nein

Falls Sie Bluthochdruck Medikamente einnehmen oder künftig einnehmen werden, bitte aktuellen Bluthochdruck angeben: _____

5. Haben Sie jemals bei der Invalidenversicherung (IV) oder einem anderen Versicherer Leistungen (d.h. Taggelder, 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-/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? _____

Bitte Kopie des Vorbehaltes / Mehrprämien beilegen.

12. Bestehen weitere Lebens-, Erwerbsunfähigkeits- oder Invalidenversicherungen oder sind Anträge dafür pendent? Ja Nein

Gesellschaft	Beginn	Deckung (z.B. Tod konstant/abnehmend, Erwerbsunfähigkeitsrente, Invaliditätskapital)	Dauer	Versicherungssumme in CHF
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen 2-7 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 Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages zwischen der Stiftung freie Vorsorge für Ärzte und andere akademische Berufe (nachfolgend Stiftung genannt) und der ZurichLebensversicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend Zurich genannt) erhalten, gelesen und zur Kenntnis genommen habe. Ich anerkenne diese in vollem Umfang. Ich erkläre, die in diesem Anmeldeformular enthaltenen Fragen vollständig und nach bestem Wissen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Weiter bestätige ich die Richtigkeit der darin deklarierten Tatsachen (Gefahrstatsachen). Ich verpflichte mich, Änderungen, die vor Beginn des definitiven Versicherungsschutzes eintreten, Zurich schriftlich zu melden.

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 Zurich 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 Zurich 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 Zurich versichert. Die Zurich ihrerseits bedient sich in einigen Fällen mit Rückversicherungen. Damit die Rückdeckungs- und Rückversicherer das Risiko beurteilen und kontrollieren können, wird die Stiftung respektive die Zurich 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 Zurich 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 Zurich. Ich bin zudem damit einverstanden, dass die Stiftung respektive die Zurich 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 Zurich und eventuell weiteren Rückversicherungen übermittelt und dort zu den in diesem Dokument genannten Zwecken verwendet werden. Diese Einwilligung umfasst ausdrücklich auch das Recht der Zurich, meine Gesundheitsdaten für dieselben Zwecke wiederum an weitere Rückversicherer weiterzuleiten.

Diese Einwilligungen können jederzeit durch schriftliche Mitteilung an die Stiftung und die Zurich 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.

Unterschriften

Zu versichernde Person

Ort und Datum

Unterschrift

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