

Schweizerischer Kaderverband



Zentralsekretariat
Lic. oec. H.J. Gerosa
Museumstr. 33, 9000 St. Gallen
Telefon 071 245 84 25
Fax 071 245 97 08
E-Mail info@kaderverband.ch



Berater: _____

Anmeldung für die Aufnahme in die freie Vorsorge

gemäss Rahmenvertrag CH-0-101-0-09-09-KEZ des Schweizerischen Kaderverbandes

Versicherte Person:

Name/Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / _____ männlich weiblich

Beruf/Branche: _____

Versicherungsbeginn: ____ / ____ / _____ (immer auf einen Monatsanfang)

Beantragte Leistungen:

jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente: CHF _____ konstant
Wartefrist 720 Tage steigend 4 %

Todesfallkapital: CHF _____ konstant
 linear fallend
Begünstigte im Todesfall: die gesetzlichen Erben fallend Fr. _____/Jahr

andere: _____

jährliche Waisenrente je Kind: CHF _____

Anzahl rentenberechtigte Kinder: _____
(inkl. Geburtsdatum)

Antrag PREMIUM

1. Personen mit akademischem Abschluss auf Universitätsniveau in allen Berufen.

Titel / Universitätsabschluss: _____

2. Kaderpersonen oder Selbständigerwerbende im administrativen Bereich mit höherem Fachausweis und mit Nachweis von mind. 10 Berufsjahren im berechtigten Fachgebiet z.B. in folgenden Branchen: Treuhand, Finanz-, Versicherungs- und Unternehmensberatung, Pädagogische Berufe mit Lehrtätigkeit, usw.

Abschluss/Bestätigung Berufserfahrung: _____

3. Invalidenrente ab CHF 80'000 oder Todesfallkapital ab CHF 800'000.

Der Versicherungsnehmer: Schweizerischer Kaderverband, 9000 St. Gallen

WICHTIG: Die Gesundheitserklärung ist von der zu versichernden Person auszufüllen und zu unterzeichnen.

Gesundheitserklärung

Name/Vorname: _____

1. Sind Sie zur Zeit voll arbeitsfähig? ja nein

Wenn nein, bitte Grad in Prozent der Arbeitsunfähigkeit angeben: _____

2. Körpergrösse _____ cm Gewicht _____ kg

3. Waren Sie in den letzten 12 Monaten gesundheitshalber länger als 2 Wochen von der Arbeit abwesend? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

- 4a Waren Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium oder Kurhaus oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen? ja nein

- 4b Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, geistige oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines Gebrechens (z.B. Gelenkversteifung, Gliederverlust, Knochenfixationen etc.)? ja nein

Wenn 4a, 4b ja, bitte ergänzen:

Art der Krankheit / Unfall, Gebrechen, Behandlungen, Untersuchungen	Von	Bis	Arzt oder Spital Mit genauer Adresse und Abteilung	folgenlos geheilt
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

5. Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinen normalen Ergebnissen führten: Röntgen, EKG, AIDS-Test, Urin- oder Bluttest oder andere besonderen Untersuchungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

6. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Behandelnder Arzt: _____

7. Ist Ihr Antrag um Aufnahme von einer Versicherungsgesellschaft zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen worden (erhöhte Prämie, Kürzung der Versicherungsdauer oder der Versicherungsleistungen)? ja nein

Wenn ja, weshalb? _____

8. Werden im jetzigen Zeitpunkt und bei Versicherungsbeginn gegenüber der Invalidenversicherung, der Militärversicherung, einer Krankentaggeld oder Unfallversicherung Leistungen geltend gemacht oder von einer dieser Versicherungen erbracht (Allfällige Verfügungen bitte in Kopieform beilegen)? ja nein

9. Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wichtiger Hinweis

Elips Life behält sich das Recht vor, die Aufnahme zu den vertraglichen Versicherungsleistungen durch eine ärztliche Untersuchung zu prüfen. Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung der nachfolgenden Fragen ist die Gesellschaft von der Leistungspflicht befreit, wenn sie binnen vier Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt.

Ermächtigung

Ich ermächtige Elips Life, Daten die sie aufgrund des Versicherungsverhältnisses erhält, zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Rückversicherer, andere Versicherer, Amtsstellen und sonstige Beteiligte weiterzugeben sowie von diesen Auskünfte einzuholen. Ich entbinde Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und andere Versicherungsinstitutionen von ihrer Schweigepflicht und erteile diesen die Ermächtigung, Elips Life oder ihrem ärztlichen Dienst alle mit dem Versicherungsverhältnis in Zusammenhang stehenden Auskünfte zukommen zu lassen.

Datenschutzerklärung

Im Bereich des Datenschutzes setzen Elips Life und der Schweizerische Kaderverband auf eine offene, transparente, und kundenfreundliche Vorgehensweise. Selbstverständlich werden bei Elips Life Ihre Daten sicher und streng vertraulich verwaltet. Elips Life achtet sorgfältig darauf, dass die gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes vollumfänglich erfüllt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
