

# 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

**elips**  
Intelligente  
Vorsorge

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: Fr. \_\_\_\_\_  konstant  
Wartefrist 720 Tage  steigend 4 %

Todesfallkapital: Fr. \_\_\_\_\_  konstant  
 linear fallend  
 fallend Fr. \_\_\_\_\_/Jahr

Begünstigte im Todesfall:  die gesetzlichen Erben

andere: \_\_\_\_\_

jährliche Waisenrente je Kind: Fr. \_\_\_\_\_

Anzahl rentenberechtigte Kinder: \_\_\_\_\_

### 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

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

\_\_\_\_\_