



# Schweizerischer Kaderverband

Zentralsekretariat  
Lic. oec. H.J. Gerosa AG  
Florastrasse 4, 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 Kollektivvertrag CH-0-101-0-09-09-KEZ mit der Elips Life AG

### Versicherte Person:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  männlich  weiblich

Beruf/Branche: \_\_\_\_\_

Sind Sie in Ihrer Freizeit besonderen Risiken ausgesetzt?  ja \_\_\_\_\_  
(z.B. Rennsport, Fallschirmspringen, Base-Jumping etc.)

Steuerpflichtig in den USA  ja

**Versicherungsbeginn:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (immer auf einen Monatsanfang)

### Beantragte Leistungen:

jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente: CHF \_\_\_\_\_  konstant  
Wartefrist 720 Tage  steigend 4 %

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

Begünstigte im Todesfall:  die gesetzlichen Erben

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

jährliche Waisenrente je Kind: CHF \_\_\_\_\_

Anzahl rentenberechtigte Kinder: \_\_\_\_\_  
(inkl. Geburtsdatum)

Antrag PREMIUM (Es ist jeweils eine der Bedingungen zu erfüllen)

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 (Adresse)? \_\_\_\_\_

**Datenschutz**

Die für die Abwicklung des Vertrags notwendigen Daten werden vom Versicherer, der Elips Life AG und dem SKV vertraulich und in Übereinstimmung mit den Schweizerischen und Liechtensteinischen Gesetzen bearbeitet.

Im Rahmen der Prüfung dieser Anmeldung werden insbesondere auch Gesundheitsdaten bearbeitet. Diese werden von Elips Life AG und dem SKV elektronisch oder physisch gespeichert, ausgetauscht und archiviert. Dies umfasst auch Daten von Anmeldungen, die nicht in Kraft gesetzt werden oder bei welchen die erste Prämie nicht bezahlt wird. Soweit erforderlich werden diese Daten auch an Amtsstellen, Rück- und allfällige Mitversicherer bekannt gegeben.

**Ermächtigung**

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie Elips Life AG, Daten, die sie von Ihnen für die Prüfung dieser Anmeldung sowie deren Abwicklung erhält, zu bearbeiten. Sie entbinden Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und andere Versicherungsinstitutionen von ihrer Schweigepflicht und erteilen diesen die Ermächtigung, Elips Life AG oder ihrem ärztlichen Dienst alle mit dem Versicherungsverhältnis in Zusammenhang stehenden Auskünfte zukommen zu lassen.

**Erklärung**

Die versicherte Person bescheinigt hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben sowie den Erhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für SKV Mitglieder, Ausgabe 2015-1 der Elips Life AG. Bei nicht wahrheitsgetreuer oder nicht vollständiger Beantwortung kann der SKV den Anschluss an das Kollektiv kündigen. Für versicherte Ereignisse, deren Eintritt durch Umstände beeinflusst worden ist, zu denen die Fragen nicht korrekt beantwortet wurden, besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_