

Berater (falls vorhanden): _____

Anmeldung für die Aufnahme in die freie Vorsorge

gemäss Kollektivvertrag der Pax, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG (nachstehend Pax)

Versicherte Person:

Name/Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

Wohnsitz mit 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
 fallend CHF _____/Jahr

Begünstigte im Todesfall:

- a) der Ehegatte oder der eingetragene Partner;
- b) bei Fehlen die Kinder;
- c) bei Fehlen die Eltern;
- d) bei Fehlen die Erben der versicherten Person.

andere: _____

jährliche Waisenrente je Kind: CHF _____

Name/Vorname/Geburtsdatum der rentenberechtigten Kinder:

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.

Gesundheits- und Risikodeklaration

Name/Vorname: _____

1. Sind Sie zurzeit voll arbeitsfähig? ja nein
2. Körpergrösse _____ cm Gewicht _____ kg
3. Nehmen oder nahmen Sie jemals irgendwelche Drogen? ja nein
4. Waren Sie in den letzten zwei Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als zwei Wochen von der Arbeit abwesend? ja nein
- Wenn ja, weshalb?** _____
- 5a Waren Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium oder Kurhaus oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen? ja nein
- 5b 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 5a, 5b 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

6. Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinen normalen Ergebnissen führten: Röntgen, EKG, AIDS-Test, Urin- oder Bluttest oder andere besonderen Untersuchungen? Stehen Ergebnisse noch aus? ja nein
- Wenn ja, welche?** _____
7. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein
- Wenn ja, welche?** _____
- Behandelnder Arzt: _____
8. Ist Ihr Antrag um Versicherungsschutz bei Todesfall und/oder Erwerbsunfähigkeit von einer Versicherungsgesellschaft zurückgestellt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen worden (erhöhte Prämie oder Kürzung der Versicherungsdauer oder Versicherungsleistungen)? ja nein
- Wenn ja, weshalb?** _____
9. 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
10. Sind Sie in Ihrer Freizeit besonderen Risiken ausgesetzt (z.B. Rennsport, Fallschirmspringen)? ja nein
- Wenn ja, welche?** _____
11. Wer ist Ihr Hausarzt (Adresse)? _____

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie Pax ausdrücklich folgende Ermächtigungen:

- Pax darf sämtliche Personendaten - einschliesslich medizinischer Daten - zum Zweck der Risikoprüfung, sowie der Vertrags- und Leistungsabwicklung bearbeiten.
- Soweit erforderlich oder soweit sie dazu gesetzlich verpflichtet ist, darf Pax zu denselben Zwecken sämtliche Personendaten - und einschliesslich medizinischer Daten - bekannt geben an andere Gesellschaften der Pax-Gruppe, Behörden, Vorsorgeeinrichtungen, Mit-, Vor-, Rück- und Sozialversicherer (z. B. Ausgleichskassen, Sozialversicherungsanstalten, IV-Stellen, Unfall- und Krankenversicherer etc.) sowie an haftpflichtige Dritte bzw. deren Haftpflichtversicherer im In- und Ausland. Der Vermittler darf während der Vertragsdauer zu Beratungszwecken über den Vertragsinhalt informiert werden.
- Pax darf zu denselben Zwecken Personendaten - einschliesslich medizinischer Daten - bei oben genannten Personen, Versicherern und Stellen sowie bei involvierten Medizinal- und deren Hilfspersonen einholen und bearbeiten. Zu diesem Zweck entbinden die Unterzeichnenden diese von ihrer Geheimhaltungs- und Schweigepflicht.
- Zur Durchführung dieser Aufgaben können Partner beigezogen werden. Dabei werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften beachtet und die Partner auf deren Einhaltung verpflichtet.
- Die Unterzeichnenden anerkennen, dass in den vorgenannten Fällen weder Pax noch die von ihr beigezogenen Mitarbeitenden und andere Hilfspersonen einer Schweigepflicht nach Art. 62 DSG unterliegen.

Die versicherte Person bescheinigt hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben sowie den Erhalt der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für SKV Mitglieder, Ausgabe 2024 der Pax, Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft AG. Bei nicht wahrheitsgetreuer oder nicht vollständiger Beantwortung kann die Versicherung gegenüber der versicherten Person gekündigt werden. Für bereits eingetretene Ereignisse ist die Pax nicht leistungspflichtig, soweit deren Eintritt oder Umfang durch Umstände beeinflusst worden ist, zu denen die Fragen falsch beantwortet wurden.

Ort, Datum**Unterschrift der zu versichernden Person**
