
**Anmeldung für die Aufnahme in die Kollektivversicherung /
Vertrags-Nr. CH-00144.08.08.001.01**

1. *Personalien der zu versichernden Person*

Familienname	_____	Vorname	_____
Strasse, Nr.	_____	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum	_____	Beruf	_____
Zivilstand	_____	Tel.-Nr.	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Sprache	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> französisch
Körpergrösse	_____	Gewicht	_____
Einkommen/Jahr	_____		

2. *Versicherungsbeginn* _____

(Die Deckungszusage des Risikoversicherers bleibt vorbehalten.)

3. *Kinder (nur, wenn Waisenrenten zu versichern sind)*

Name	_____	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____	_____
Geburtsdatum	_____	_____	_____	_____

4. *Beantragte Risikoleistungen*

Neuantrag *Änderungsantrag*

Police Nr.: _____

4.1. **Todesfallkapital:**

CHF _____

konstant linear fallend

4.2. **Jährliche Erwerbsunfähigkeitsrente
(Wartefrist 720 Tage)**

CHF _____

4.3. **Jährliche Waisenrente je Kind:**

CHF _____

Ort, Datum

Stiftung freie Vorsorge
für Ärzte und andere akademische Berufe
(Versicherungsnehmerin)

Arztformulare abgegeben: nein ja

WICHTIG: Die Rückseite ist von der zu versichernden Person auszufüllen und zu unterzeichnen!

5. Fragen zur Gesundheit

- 5.1. Sind Sie vollständig gesund und voll arbeitsfähig? Falls nein, unter welchen Beschwerden leiden Sie und in welchem Masse sind Sie arbeitsunfähig (bitte Grad in Prozent der Arbeitsunfähigkeit angeben).
 ja nein; welche? _____
- 5.2. Waren Sie in den letzten zwei Jahren in ärztlicher Behandlung? Falls ja, Grund?
 ja nein _____
Ist die Behandlung abgeschlossen? Name und Adresse des Arztes?

- 5.3. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine schwere Krankheit durchgemacht?
 nein ja; welche? _____
Ist die Behandlung definitiv abgeschlossen? nein ja
- 5.4. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren schwere Unfälle?
 nein ja; welche? _____
Ist die Behandlung definitiv abgeschlossen? nein ja
- 5.5. Haben Sie sich in den letzten zwei Jahren einer psychiatrischen Behandlung unterzogen?
 nein ja; weshalb und wann? _____
Name und Adresse des Psychiaters: _____
- 5.6. Hatten Sie schon einmal Probleme mit Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch?
 nein ja; welche? _____
- 5.7. Haben Sie in den letzten 2 Jahren geraucht? nein ja
Wann das letzte Mal? _____
Wie viel und was rauchen Sie? _____
- 5.8. Besteht zurzeit bei einer Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt oder wurde ein Versicherungsantrag aus gesundheitlichen Gründen abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?
 nein ja; welche (bitte Details beilegen)? _____
- 5.9. Beziehen Sie infolge Krankheit oder Unfall Invalidenrenten und/oder Taggelder? Falls ja, bitte IV-Grad angeben.
 nein ja; IV-Grad in%

Wichtiger Hinweis:

Bei unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung sind die Stiftung und die PKRück von der Leistungspflicht befreit, wenn sie binnen 4 Wochen, nachdem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben, vom Vertrag zurücktreten.

Name und Adresse des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert ist:

Name/Vorname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

6. Ermächtigung der versicherten Person

Die zu versichernde Person ermächtigt die Stiftung und die PKRück, Daten, die diese aufgrund des Versicherungsverhältnisses erhalten, zu bearbeiten und im erforderlichen Ausmass an Rückversicherer, andere Versicherer, Amtsstellen und sonstige Beteiligte weiterzugeben sowie von diesen Auskünfte einzuholen. Sie entbindet Spitäler, Ärzte, Amtsstellen, Versicherungsgesellschaften und andere Versicherungsinstitutionen von ihrer Schweigepflicht und erteilt diesen die Ermächtigung, der Stiftung sowie der PKRück oder ihrem ärztlichen Dienst alle mit dem Versicherungsverhältnis in Zusammenhang stehenden Auskünfte zukommen zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person