

Antrag für eine Vorsorgeversicherung

Vermittler-Nr. Gesellschaft, Name und Vorname des Beraters Im Firmensitz erhalten am Police-Nr.
 Neuantrag Änderung der Police Nr. Freie Vorsorge (3b) Gebundene Vorsorge (3a)

Am Vertrag teilnehmende Person(en)

Versicherte Person 1 (später bezeichnet als **V1**)

Frau

Name:

Strasse:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Bewilligung ZAR-Nr.:

Gültigkeit:

Gesprochene Sprache(n): D F I

Telefonnummer:

Aktueller Beruf/Branche:

Status: angestellt temporär angestellt

selbständig: seit wann?

Versicherungsnehmer

Herr

Vorname:

PLZ/Ort:

Nationalität:

Bewilligung:

Kantonale Referenz-Nr.:

Korrespondenzsprache: D F I

E-Mail-Adresse:

Name des Arbeitgebers:

pensioniert/Rentner(-in)

in Ausbildung/Student(-in)

Hausfrau oder -mann

arbeitslos

Versicherte Person 2 (V2)

Versicherungsnehmer

Frau

Name:

Strasse:

Geburtsdatum:

Zivilstand:

Bewilligung ZAR-Nr.:

Gültigkeit:

Gesprochene Sprache(n): D F I

Telefonnummer:

Aktueller Beruf/Branche:

Status: angestellt temporär angestellt

selbständig: seit wann?

Prämienzahler

Korrespondenzadresse in der Schweiz

Herr

Vorname:

PLZ/Ort:

Nationalität:

Bewilligung:

Kantonale Referenz-Nr.:

Korrespondenzsprache: D F I

E-Mail-Adresse:

Name des Arbeitgebers:

pensioniert/Rentner(-in)

in Ausbildung/Student(-in)

Hausfrau oder -mann

arbeitslos

Wenn der Versicherungsnehmer, der Prämienzahler und/oder die Korrespondenzadresse sich von den oben stehenden Angaben unterscheiden, vervollständigen Sie bitte die Rubrik «Andere am Vertrag teilnehmende Person» im Anhang 2.

Versand der Police direkt an den Versicherungsnehmer Andere:

Gebundene Vorsorge (3a)

ja nein

1. Sind Sie Inhaber eines Kontos oder einer Police 3a bei einer Bank oder einem anderen Lebensversicherer? ja nein

Bei welcher/welchen Gesellschaft(en)?

Jährliche Beiträge?

Fr.

Fr.

Fr.

2. Der Antragsteller bestätigt, dass er eine Erwerbstätigkeit ausübt und

einer Vorsorgeeinrichtung gemäss Art. 80 BVG (2. Säule) angeschlossen ist,

nicht einer Vorsorgeeinrichtung gemäss Art. 80 BVG (2. Säule) angeschlossen, aber trotzdem den AHV-Beiträgen unterstellt ist.

Er bestätigt unter anderem, dass der totale Jahresbetrag seiner überwiesenen Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen, gemäss Art. 82 BVG, die limitierte festgelegte Summe von Art. 7 BVV3 nicht übersteigt. Der Vertragspartner bestätigt auch, dass er über die bestehenden Höchstlimite – die steuerlich absetzbar sind – informiert wurde.

Leistungen/Prämien

Vertragsbeginn:	01			Versicherte Person(en)	Wartefrist	Dauer (Jahre)	Leistungen Fr.	Ausgewählter Investitionsplan	
Hauptversicherung:								Plan:	
<input type="checkbox"/>	Zusätzliche Todesfallversicherung (TA)								
<input type="checkbox"/>	Zusätzliche abnehm. Todesfallversicherung (TDA)								
<input type="checkbox"/>	Zusätzliche Hinterbliebenenzeitrente (RSA)								
<input type="checkbox"/>	Kapital bei Unfalltod (DA)								
<input type="checkbox"/>	Vorauszahlung des Hauptversicherungskapitals (CI)								
<input type="checkbox"/>	Kapital bei Invalidität (IP)								
<input type="checkbox"/>	Erwerbsunfähigkeitsrente (RIG)								
<input type="checkbox"/>	Prämienbefreiung bei EU (LP)								
<input type="checkbox"/>	Jährliche Prämie	<input type="checkbox"/>	Einmaleinlage	<input type="checkbox"/>	inkl. Stempelsteuer		Prämientotal	Fr.	
Ratenzahlung:	<input type="checkbox"/>	1/1	<input type="checkbox"/>	1/2	<input type="checkbox"/>	1/4	<input type="checkbox"/>	1/12	Fr.
Zahlungsmodus:	<input type="checkbox"/>	Einzahlungsschein	<input type="checkbox"/>	LSV (Bank)	<input type="checkbox"/>	DD (Post)	<input type="checkbox"/>	Prämienkonto	
Überschussbeteiligung:	<input type="checkbox"/>	Kapitalerhöhung	<input type="checkbox"/>	Prämienreduktion					

Medizinische Auskünfte betreffend der versicherten Person(en) – Teil A

		V1		V2	
		ja	nein	ja	nein
1.	a. Besteht bei Ihnen eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Bestehen irgendwelche gesundheitliche Probleme? Leiden Sie an Folgen eines Unfalls/einer Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter medizinischer Beobachtung oder nehmen Sie regelmässig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie in den letzten 5 Jahren				
	a. Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihre gewöhnlichen Aktivitäten während mehr als 2 aufeinander folgenden Wochen unterbrechen oder einschränken müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. sich einer Behandlung, einer Kontrolle oder medizinischer Betreuung während mehr als 4 Wochen (von der ersten bis zur letzten Konsultation) unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. einen Psychotherapeuten, Psychiater oder Psychologen konsultiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d. sich einer physiotherapeutischen Behandlung unterzogen oder einen Chiropraktiker konsultiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie sich einem HIV-Test (AIDS) unterzogen, dessen Ergebnis positiv oder anormal war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Rauchen Sie? V1: Was? <input type="text"/> Anzahl/Tag <input type="text"/> V1: Was? <input type="text"/> Anzahl/Tag <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Körpermasse (Grösse/Gewicht) V1: <input type="text"/> cm/ <input type="text"/> kg V2: <input type="text"/> cm/ <input type="text"/> kg				
7.	a. Wann wurde bei Ihnen die letzte medizinische Untersuchung durchgeführt?				
	V1: Datum: <input type="text"/>			V2: Datum: <input type="text"/>	
	Grund: <input type="text"/>			Grund: <input type="text"/>	
	Bei welchem Arzt? <input type="text"/>			Bei welchem Arzt? <input type="text"/>	
	Ergebnis: <input type="text"/>			Ergebnis: <input type="text"/>	
	b. Wer ist der Arzt, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist? (Name und Adresse)				
	V1: <input type="text"/>			V2: <input type="text"/>	

Hier bitte Einzelheiten angeben, wenn Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen 1 bis 4 mit «ja» beantwortet haben

V1/	Frage	Art der Erkrankung oder der med.	Von wann	Dauer der	Geheilt, ohne	Name und genaue Adresse des Arztes
V2	Nr.	Untersuchung, Details, Medikamente	bis wann?	Erwerbs-	Folgen,	oder des Spitals
				unfähigkeit	Behandlung	
					abgeschl.?	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Medizinische Auskünfte betreffend der versicherten Person(en) – Teil B

		V1		V2	
		ja	nein	ja	nein
8.	Mussten Sie radiologische Untersuchungen (MRT, Scanner, Standard-Röntgenaufnahmen) oder andere Untersuchungen (Belastungs-EKG, Echokardiographie, usw.) infolge Schmerzen oder Verdacht auf Anomalien durchführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Nehmen Sie oder haben Sie bereits Drogen oder Rauschgiftmittel konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Mussten Sie im Laufe der letzten 3 Monate Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihre gewöhnlichen Aktivitäten während 5 Tagen oder mehr unterbrechen oder einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. a.	Wurden Sie im Laufe der letzten 5 Jahre in einem Spital, einer Klinik oder einer Kuranstalt behandelt oder untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Ist ein Spitalaufenthalt, eine ambulante Untersuchung oder eine Kur bereits vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren einer ärztlichen Untersuchung, bezüglich einer der folgenden Gesundheitsstörungen, unterzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Arthrose	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	Beschwerden an der Wirbelsäule oder Halswirbelsäule
<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Beschwerden mit den Muskeln oder den Gelenken
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>	(Schild-) Drüsenstörungen
<input type="checkbox"/>	Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Lähmung	<input type="checkbox"/>	hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/>	Krebs	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/>	Kniebeschwerden	<input type="checkbox"/>	Geschwüre	<input type="checkbox"/>	nicht korrigierte Hör- oder Sehverminderung
<input type="checkbox"/>	Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	psychische Störungen, Angstzustand oder Depression

Hier bitte Einzelheiten angeben, wenn Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen 8 bis 12 mit «ja» beantwortet haben

V1/	Frage	Art der Erkrankung oder der med.	Von wann	Dauer der	Geheilt, ohne	Name und Adresse des Arztes
V2	Nr.	Untersuchung, Details, Medikamente	bis wann?	Erwerbs-	Folgen,	oder des Spitals
				unfähigkeit	Behandlung	
					abgeschl.?	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Sportliche Aktivitäten und Auslandsaufenthalte

		ja	nein	ja	nein
1.	Betreiben Sie regelmässig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche(n):		<input type="text"/>			
2.	Betreiben Sie einen Sport wie Berg-, Flug- oder Motorsport (Auto, Motorrad), Reitsport, Fallschirmspringen, Deltafliegen, Gleitschirmfliegen, Tauchen, Kampfsport, Segeln, Höhlenforschung oder andere risikobehaftete sportliche Aktivitäten? (in diesem Fall den betreffenden Fragebogen ausfüllen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche(n):		<input type="text"/>			
3.	Werden Sie sich in den nächsten 12 Monaten während mehr als 4 Wochen (in einer Region) ausserhalb Ihres Wohnlandes aufhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo? Wann? Wie lange?		<input type="text"/>			
Aus welchem Grund?		<input type="text"/>			

Allgemeines

		ja	nein	ja	nein
1.	Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?				
V1: <input type="text"/>		V2: <input type="text"/>			
2.	Sind Sie Inhaber eines anderen Lebensversicherungsvertrages bei einer Privatgesellschaft oder haben Sie in den letzten 12 Monaten mit anderen Gesellschaften Kontakt aufgenommen, mit dem Ziel eine Lebensversicherung abzuschliessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> V1	<input type="checkbox"/> V2	<input type="checkbox"/> V1	<input type="checkbox"/> V2
Bei welchen Gesellschaften?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Für welches Todesfallkapital?		Fr. <input type="text"/>	Fr. <input type="text"/>	Fr. <input type="text"/>	
Für welche Invalidenrente?		Fr. <input type="text"/>	Fr. <input type="text"/>	Fr. <input type="text"/>	
Zu welchen Annahmebedingungen?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3.	Beziehen Sie oder bezogen Sie jemals eine Rente oder andere Entschädigungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> UVG <input type="checkbox"/> Militärversicherung <input type="checkbox"/> ALV <input type="checkbox"/> Erwerbsersatz-Versicherung (Taggelder)					
Von wann bis wann? <input type="text"/>		Weshalb? <input type="text"/>			

Anhang 1

Diese Seite beinhaltet Kategorien, die nur in einigen Fällen auszufüllen sind und die man abtrennen kann.

Wenn eine oder mehrere Spalten vervollständigt sind, vergessen Sie bitte nicht, das Dokument unten zu datieren und zu unterschreiben, um Ihre Antworten zu bestätigen.

Bereits bestehende Deckungen bei Erwerbsunfähigkeit

(nur ausfüllen bei RIG-Renten über Fr. 6'000.– pro Jahr oder wenn die zu befreiende Jahresprämie Fr. 10'000.– überschreitet)

	V1		V2	
	ja	nein	ja	nein
1. Sind Sie bei Lohnausfall infolge Krankheit versichert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis zu welchem monatlichem Bruttobetrag?	Fr. <input type="text"/>	(V1)	Fr. <input type="text"/>	(V2)
Wie viel Prozent Ihres Bruttoeinkommens stellt dies dar?	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%
Ihr letzter monatlicher Bruttolohn?	Fr. <input type="text"/>	(V1)	Fr. <input type="text"/>	(V2)
2. Sind Sie bei Lohnausfall infolge Unfall versichert (Einzelversicherung, UVG oder UVG-Zusatz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis zu welchem Betrag?	Fr. <input type="text"/>	(V1)	Fr. <input type="text"/>	(V2)
Wie viel Prozent Ihres Bruttoeinkommens stellt dies dar?	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	%
Bei welcher Gesellschaft?	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
3. Sind Sie einer Vorsorgestiftung und/oder einer Pensionskasse angeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Invalidenrenten?	Fr. <input type="text"/>	(V1)	Fr. <input type="text"/>	(V2)
4. Übersteigen der bereits versicherte und der neu vorgeschlagene Rentenbetrag infolge Invalidität und Erwerbsausfall Ihr Einkommen (oder, falls Sie selbständig sind, Ihren deklarierten Nettolohn)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Selbständige: Anzahl der gegenwärtigen Angestellten?	<input type="text"/>	(V1)	<input type="text"/>	(V2)

Begünstigte

Freie Vorsorge (Säule 3b)

Für die Standardklausel bitten wir Sie, sich auf den Wortlaut der allgemeinen Versicherungsbedingungen zu beziehen. Wenn Sie eine andere Bedingung als die Vorgeschlagene wünschen, vervollständigen Sie bitte die nachstehende Rubrik, besondere Klausel.

Besondere Klausel:

Im Erlebensfall der versicherten Person erfolgen die Leistungen an den Versicherungsnehmer

Im Todesfall der versicherten Person erfolgen die Leistungen an (mindestens 2 Begünstigte):

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Teil in %
1. Begünstigter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bei Fehlen, 2. Begünstigter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bei Fehlen, 3. Begünstigter	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gebundene Vorsorge nach Art. 82 BVG (Säule 3a)

a. Im Erlebensfall bzw. bei Erwerbsunfähigkeit: der Versicherungsnehmer

b. Im Todesfall der versicherten Person, die folgenden Personen in nachstehender Reihenfolge:

1. der überlebende Ehegatte oder der überlebende eingetragene Partner
2. die direkten Nachkommen sowie die natürlichen Personen, die von der verstorbenen Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder die Person, die mit dieser in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss
3. die Eltern 3.
4. die Geschwister 4.
5. die übrigen Erben 5.

- Der Vorsorgenehmer kann eine oder mehrere begünstigte Personen unter den in Buchstabe b Ziffer 2 genannten Begünstigten bestimmen und deren Ansprüche näher bezeichnen.
- Der Vorsorgenehmer hat das Recht, die Reihenfolge der Begünstigten nach Buchstabe b Ziffern 3-5 zu ändern und deren Ansprüche näher zu bezeichnen.
- Um eine andere Person, als jene die unter Buchstabe b angegeben sind, als Begünstigte unter den Ziffern 3 bis 5 einsetzen zu können, muss diese Person mittels Testament als erbberechtigt anerkannt sein.

Ort und Datum:

Versicherungsnehmer:

Versicherte Person(en):

Anhang 2

Diese Seite beinhaltet Kategorien, die nur in einigen Fällen auszufüllen sind und die man abtrennen kann.

Wenn eine oder mehrere Spalten vervollständigt sind, vergessen Sie bitte nicht, das Dokument unten zu datieren und zu unterschreiben, um Ihre Antworten zu bestätigen.

Andere, am Vertrag teilnehmende Person

<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Prämienzahler	<input type="checkbox"/> Korrespondenzadresse in der Schweiz	
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma/juristische Person	
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ/Ort:	
Geburtsdatum:	Zivilstand:	Nationalität:	Bewilligung:
Bewilligung ZAR-Nr.:	Gültigkeit:	Kantonale Referenz-Nr.:	
Gesprochene Sprache(n):	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	Korrespondenzsprache:	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
Telefonnummer:		E-Mail-Adresse:	
Aktueller Beruf/Branche:		Name des Arbeitgebers:	
Status:	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> temporär angestellt	<input type="checkbox"/> pensioniert/Rentner(-in)	<input type="checkbox"/> in Ausbildung/Student(-in)
	<input type="checkbox"/> selbständig: seit wann? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hausfrau oder -mann	<input type="checkbox"/> arbeitslos

Ernennung eines, in der Schweiz wohnhaften, Bevollmächtigten

Name und Vorname des Antragstellers:

Geben Sie bitte nachstehend einen, in der Schweiz wohnhaften, Bevollmächtigten an, der Sie (im Falle einer Annahme Ihres Antrags) in all Ihren Rechten und Pflichten, die sich aus dem Versicherungsvertrag ergeben, vertreten kann und welchem in Zukunft sämtliche Mitteilungen der Gesellschaft rechtsgültig zugestellt werden können, insbesondere die Aufforderung zur Prämienzahlung (Rechnungen, Mahnungen und Zahlungsbefehle):

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Adresse und Nr.:	<input type="text"/>	PLZ und Ort:	<input type="text"/>
Ort und Datum:	<input type="text"/>	Unterschrift des Bevollmächtigten:	<input type="text"/>

Zusätzliche Angaben/Bemerkungen

Ort und Datum: Versicherungsnehmer:

Identifikation des Antragstellers und Erklärung des wirtschaftlich Berechtigten

Zwingend auszufüllen, wenn die Einmaleinlage, das Total von 5 Jahresprämien oder der überwiesene Betrag auf ein Prämiendepotkonto, Fr. 25'000.– übersteigt.

Identifikation des Antragstellers

Der unterzeichnete Berater bestätigt die Identität des Antragstellers überprüft zu haben, mit Hilfe eines gültigen Identitätsdokuments, wie Reisepass, Identitätskarte oder Aufenthaltserlaubnis (Kopie des beglaubigten Originals senden oder nachstehend die Referenzen des verwendeten Dokuments zur Identifizierung angeben).

Typ und Nr. des Identifikationsdokuments?

Ausstellungsort:

Ablaufdatum:

Unterschrift des Beraters:

Zusätzlich beilegen:

- wenn es sich um eine Gesellschaft handelt: Originalauszug aus dem Handelsregister (höchstens 12 Monate alt) oder ein anderes gleichwertiges Dokument
- Zusätzlich für juristische Personen mit Sitz im Ausland: Kopien der Identitätsausweise der natürlichen Personen welche die Firma gegenüber der Groupe Mutuel Leben GMV AG vertreten. Betreffend den letzten Punkt verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, alle Änderungen der Groupe Mutuel Leben GMV AG umgehend mitzuteilen.

Erklärung des wirtschaftlich Berechtigten

Die unterzeichnete Person bestätigt als, der Vertragspartner/Versicherungsnehmer, Prämienzahler, zukünftiger Inhaber eines Prämienpotentials (zutreffendes ankreuzen), dass die nachstehend bezeichnete Person/Gesellschaft die wirtschaftlich Berechtigte ist, der die Gelder gehören, die an die Groupe Mutuel Leben GMV AG einbezahlt werden.

Name, Vorname oder Gesellschaft (Firmenname):

Geburts-/Gründungsdatum:

Nationalität:

Adresse:

PLZ, Wohnort, Land:

Ort und Datum:

Unterschrift:

Einwilligung und Schlussbestimmungen

Einwilligung

Der Antragsteller oder der Versicherungsnehmer autorisiert die Groupe Mutuel Leben GMV AG die nötigen Angaben zur Erstellung und Verwaltung des Vertrages einzuziehen und auch Fragen zu dem Vertrag, sowie die Mitteilung an den Berater, dessen Namen auf der ersten Seite des Antrages aufgeführt ist, alle Angaben betreffend des unterschriebenen Vertrages (Mahnungen, Zahlungsbefehle usw.) vorzunehmen. Die betroffenen Personen befreien ihre Krankenkassen, sowie alle anderen Versicherer, von der Schweigepflicht gegenüber der Groupe Mutuel Leben GMV AG und berechtigen unter anderem die Übermittlung von notwendigen Informationen sowie die Inhalte der Beiblätter und des Versicherungsantrages an den Rückversicherer, in Bezug zur Abklärung der Annahmebedingungen.

Die zu versichernden Personen befreien die Ärzte, Spitäler, Therapeuten oder andere für die Groupe Mutuel Leben GMV AG in Betracht kommende Personen von Ihrem Berufsgeheimnis, um ihr oder ihrem medizinischen Dienst alle notwendigen Auskünfte, in Verbindung mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zu erteilen.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die anfallende Prämie für das 1. Versicherungsjahr, sowie die zusätzlichen Kosten, zu bezahlen.

Schlussbestimmungen

Die Unterzeichner des Antrages sind verantwortlich, dass ihre Angaben korrekt sind, auch wenn der Antrag von einer Drittperson ausgefüllt wird und sie diesen nur unterzeichnen. Die Unterzeichner erklären, die schriftlichen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, ohne Gefahrentatsachen, die bekannt waren oder bekannt hätten sein müssen, zu verschweigen oder unrichtig anzugeben. Andernfalls kann die Gesellschaft, unter Anwendung von Art. 6 des Bundesgesetzes für Versicherungsverträge, den Vertrag kündigen.

Diese Auskunftspflicht besteht während der ganzen Annahmeprozedur und bis zum Erhalt der Versicherungspolice.

Der Antragsteller bestätigt, die Akkreditierungskarte des Versicherungsberaters (mit Angaben über seine Identität, Adresse, angebotenen Versicherungsbereiche und den Namen der vertretenen Versicherer) gesehen und zur Kenntnis genommen zu haben. Er bestätigt auch, vom besagten Berater über die Bearbeitung seiner persönlichen Daten (insbesondere deren Zweck und dessen Empfänger) informiert zu sein.

Er nimmt ebenfalls zur Kenntnis, dass Vereinbarungen zwischen ihm und dem Vermittler die Groupe Mutuel Leben GMV AG nur verpflichtet, wenn diese schriftlich an den Hauptsitz gerichtet und anerkannt wurden.

Unterschriften

Ich bestätige hiermit den Sinn der Fragen, welche mir gestellt worden sind, verstanden und diese wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, sowie den Erhalt der allgemeinen und zusätzlichen Versicherungsbedingungen.

Ort und Datum:

Versicherte Person(en):

(V1)

(V2)

Versicherungsnehmer:

Gesetzlicher Vertreter oder Vormund*:

der versicherten Person

des Versicherungsnehmers

* In diesem Fall unter der Rubrik «Zusätzliche Angaben/Bemerkungen» vermerken, ob es sich um den gesetzlichen Vertreter oder den Vormund handelt. Name, Vorname und genaue Adresse angeben und erwähnen, ob die Korrespondenz ihm zugestellt werden soll.

Erklärung und Unterschrift des Beraters

Ich erkläre, mich beim Antragssteller identifiziert zu haben und meiner Informationspflicht gemäss Artikel 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) nachgekommen zu sein. Ich bestätige ebenfalls, dass die vorgeschriebenen Informationen, welche dem Antragssteller mitzuteilen sind, auf einem dauerhaften und zugänglichen Träger übermittelt wurden.

Die anwendbaren Versicherungsbedingungen wurden dem Antragssteller persönlich überreicht.

Ort und Datum:

Unterschrift des Beraters: