

## Anmeldung zur Kollektivversicherung

### Arbeitgeber

Name \_\_\_\_\_ Anschluss-Nr. \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Einsatzland \_\_\_\_\_ Geschlecht  Mann  Frau

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Zivilstand  ledig  verwitwet  
 verheiratet  geschieden  
 in eingetragener Partnerschaft  in aufgelöster Partnerschaft

Datum der Heirat/Eintragung der Partnerschaft \_\_\_\_\_ Datum der Scheidung/ Auflösung der Partnerschaft \_\_\_\_\_

Eintritt in die Kollektivversicherung \_\_\_\_\_

### Zu versichernde Leistungen (vgl. auch Vorsorgeplan)

Vorsorgeplan Nr. \_\_\_\_\_

Ziel-IV-Rente/Jahr \_\_\_\_\_

Geschätzte IV-Rente/Jahr \_\_\_\_\_

IV-Rente/Jahr bei der Missionarstiftung \_\_\_\_\_

Todesfallkapital \_\_\_\_\_

Sparprämie/Jahr \_\_\_\_\_

### Arbeitsfähigkeit

Ist die zu versichernde Person zur Zeit und bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig?  Ja  Nein

Wenn nein: Grad der Arbeitsunfähigkeit: \_\_\_\_\_ % Seit wann? \_\_\_\_\_

Hat sie einen Antrag für den Leistungsbezug bei einer Sozialversicherung (IV, UV, MV) oder einer andern Versicherung gestellt? (Wenn Entscheid vorliegt, bitte beilegen)  Ja  Nein

Wenn ja, bei welcher? \_\_\_\_\_

Wurde aufgrund der IV-Revision 6a eine Invalidenrente reduziert oder aufgehoben?  Ja  Nein

Die zu versichernde Person und der Arbeitgeber bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der zu versichernden Person \_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitgeber \_\_\_\_\_

**Wichtig: Die Rückseite muss von der zu versichernden Person ausgefüllt und unterzeichnet werden!**

## Gesundheitserklärung

1. Besteht bei der beruflichen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen?  Ja  Nein

Wenn ja: Seit wann? \_\_\_\_\_ Grund? \_\_\_\_\_

Bestehende berufl. Vorsorgeeinrichtung (inkl. Adresse): \_\_\_\_\_

2. Körpergrösse \_\_\_\_\_ cm Gewicht \_\_\_\_\_ kg

3. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben?  Ja  Nein

Wenn Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Welche und warum? \_\_\_\_\_

Arzt (genaue Adresse): \_\_\_\_\_

4. Nehmen oder nahmen Sie Rauschgift (Drogen) oder Suchtmittel?  Ja  Nein

Wenn ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Welche \_\_\_\_\_

5. Ist bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder ein fragliches Resultat ergab?  Ja  Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

6. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Gebrechens?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Art der Krankheit / des Unfalls, Gebrechen, Behandlung, Untersuchungen	von	bis	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Arzt oder Spital (genaue Adresse und Abteilung)

### Erklärung zur Anzeigepflicht und zum Datenschutz, Zustimmung gemäss VVG, Art. 74

Ich erkläre hiermit, alle Fragen auf diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht dazu führen kann, dass Leistungen reduziert oder verweigert, sowie dass Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können. Ich willige mit der Unterzeichnung dieses Antrags ein, dass Missionarstiftung und Versicherer die zur Antragsprüfung, Durchführung der Kollektivversicherung und Beurteilung des Leistungsanspruchs erforderlichen Daten bearbeiten. Die Missionarstiftung und der Versicherer können bei meiner berufl. Vorsorgeeinrichtung und insbesondere bei Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Behörden und Sozialversicherungen sachdienliche Auskünfte zum bisherigen Leistungsverlauf einholen, insbesondere zur Risikoabklärung und zur Verwaltung der Leistungsfälle. Für den Fall, dass dies zur Risikoabklärung und zur Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendig ist, erstreckt sich die Einwilligung auch auf das Beschaffen von besonders schützenswerten Personendaten (wie Gesundheitsdaten) und Persönlichkeitsprofilen oder der Einsichtnahme in amtliche Akten. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von der Geheimhaltungspflicht. Falls zur Durchführung der Kollektivversicherung oder zur Leistungsbearbeitung erforderlich, willige ich ein, dass Missionarstiftung und Versicherer persönliche Daten zur Bearbeitung an die am Vorsorgeverhältnis beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer welchen ich angeschlossen bin oder war, bekannt geben.

Ich stimme zu, dass die "prosperita Stiftung freie Vorsorge für Missionare" auf meinen Namen eine Todesfallversicherung abschliesst (VVG Art. 74), falls diese im Vorsorgeplan vorgesehen ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person