

Anmeldung

Arbeitgeber/-in

Strasse, Nr. _____

Ort, PLZ _____

Telefon _____

Vertrags-Nr. _____

Kategorie-Nr. _____

Angaben über die zu versichernde Person

Name _____ Vorname _____

Strasse, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht Mann Frau

Sozialvers.-Nr. 756 Zivilstand _____

Telefon _____ E-Mail _____

Sprache _____

Falls verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft lebend, seit _____ (amtliches Datum)

Datum des Versicherungsbeginns _____

AHV-Jahreslohn (Arbeitnehmer) CHF _____ Beschäftigungsgrad _____ %

Nur von selbständig Erwerbstätigen auszufüllen

Jahreseinkommen CHF _____

Datum der Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit _____

Waren Sie bis anhin obligatorisch dem BVG unterstellt? Ja Nein

Stellung im Anwaltsbüro und Vorsorgeplan

Versichertenkollektiv/Kategorie Selbständigerwerbend Kaderpersonal Übriges Personal _____

Vorsorgeplan Modular BVG Basis BVG Plus 2 BVG Maxi BVG Maxi+ BVG Optima

Integral 1 Integral 1+ Integral 2 Integral 2+ Integral 3 Integral 3+

Ergänzendes Todesfallkapital T1 T3 T5

Zusatzsparen Z4

Unterschrift Arbeitgeber/-in

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Gesundheitsfragen: Von der zu versichernden Person auszufüllen

1. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren vor Versicherungsbeginn gesundheitliche Störungen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Wochen führten, oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Probleme? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

2. Sind Sie gegenwärtig oder periodisch in Behandlung oder Kontrolle bei einem Arzt, einem Psychotherapeuten oder einem Chiropraktiker? Ja Nein

Wenn ja, bei wem? _____

(Name und Adresse)

3. Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Behandelnder/verordneter Arzt

(Name und Adresse)

4. Beziehen Sie Leistungen gemäss Eidg. IV, MVG, UVG, BVG, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung, oder haben Sie Leistungen beantragt? Ja Nein

Wenn ja, von wem?

Invaliditätsgrad

%

Jahresleistung CHF

Falls Sie eine der vorstehenden Fragen 1 bis 4 mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie, zusammen mit der Anmeldung das Formular «Erweiterte Gesundheitsprüfung» einzureichen. Falls Entscheide der unter Frage 4 genannten Versicherer vorliegen, bitten wir Sie, diese und allfällige Abrechnungen über Leistungsbezüge der Anmeldung beizulegen.

Erweiterte Gesundheitsprüfung bei selbständig Erwerbstätigen

Selbständig Erwerbstätige haben das Formular «Erweiterte Gesundheitsprüfung» zusammen mit der Anmeldung einzureichen, wenn keine ärztliche Untersuchung verlangt wird.

Die Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband behält sich vor, die Aufnahme von dieser erweiterten Gesundheitsprüfung oder weiter gehenden medizinischen Abklärungen abhängig zu machen.

Freizügigkeitsleistungen

Verfügen Sie über Freizügigkeitsleistungen aus früheren Vorsorgeeinrichtungen, Freizügigkeitskonten oder Freizügigkeitspolicen?

Ja Nein

Für die Überweisung dieser Freizügigkeitsleistungen verwenden Sie bitte das Formular «Übertragung der Freizügigkeitsleistung bei Stellenwechsel».

Wohneigentum

Sind Ihre Ansprüche auf Vorsorgeleistungen (teilweise) verpfändet?

Ja Nein

Haben Sie Ihre Freizügigkeitsleistung (teilweise) vorbezogen?

Ja Nein

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis / Akteneinsicht

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung / Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life und den zuständigen Stellen der Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life und der Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt, und sämtliche Daten werden durch Swiss Life bzw. der Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband streng vertraulich behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrags.

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass die Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband bzw. die Swiss Life die Leistungen bei falschen oder unvollständigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kürzen oder ablehnen kann.

Unterschriften

Zu versichernde Person

Ort und Datum

Unterschrift

Vorsorgestiftung

Zürcher Anwaltsverband

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Anmeldung einsenden an:

Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband, Löwenstrasse 25, Postfach, 8021 Zürich