

Ihre Sicherheit in jedem Lebensabschnitt

Dominik Schweizer

Agentur AWD ZH Code L. Habermann Code 9.2.2.5.2 Eingang Agentur

Neuantrag Einschluss zu/Erhöhung Änderung zu Freie Vorsorge BVG: ja nein Gebundene Vorsorge Keine automat. Anpassung

Es werden prämienfrei weitergeführt

Der Anrechnungswert soll, sofern möglich, verwendet werden als:

Pol.Nr.: _____

Einmalprämie, zur Bildung einer prämienfreien Versicherungssumme, die in die neue Versicherung eingebaut wird;

Es erlöschen mit dem Inkrafttreten der neuen Versicherung

Vorauszahlung eines Teils der Prämien für die ganze Vertragsdauer der neuen Versicherung;

Pol.Nr.: _____

Teilprämie. Nur möglich, wenn die Jahresprämie der neuen Versicherung nicht überschritten wird.

1. Beteiligte Personen

Versicherungsnehmer (Korrespondenz – VN: Ja Nein)

Name/Firma: Schweizer Titel: ETH dipl. Natur.

Vorname: Dominik Zivilstand: verh.

Heutiger Beruf: Bankangestellter Nationalität: CH

Verhältnis zur versicherten Person (z. B. Ehemann): _____

Strasse, Nr.: Plattenstr. 24

PLZ, Wohnort: 8634 Hombrechtikon Staat: CH

Telefon (P): 055/244 46 20 Telefon (G): 01/333 58 54 49 78

Selbständig
 Angestellt
 Temporär angestellt
 Arbeitslos
 In Ausbildung
 Pensioniert

Geburtsdatum: 22.07.1966

Geschlecht:
 männlich weiblich

Anrede:
 Herr Frau Firma

Korrespondenz/Police:
 deutsch italienisch
 französisch englisch

Versicherte Person (falls nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer)

Name: _____ Titel: _____

Vorname: _____ Zivilstand: _____

Heutiger Beruf: _____ Nationalität: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____ Staat: _____

Telefon (P): _____ Telefon (G): _____

Selbständig
 Angestellt
 Temporär angestellt
 Arbeitslos
 In Ausbildung
 Pensioniert

Geburtsdatum: _____ 19____

Geschlecht:
 männlich weiblich

Anrede:
 Herr Frau

Korrespondenz/Police:
 deutsch italienisch
 französisch englisch

2. Weitere beteiligte Personen

Vertreter des Versicherungsnehmers

Elternteil Bevollmächtigte Person(en) Name/Firma: _____ Vorname: _____

Vormund (Mandat od. Vollmacht belegen, sofern vorhanden) Strasse, Nr.: _____

Rechtsgültige Zustelladresse in der Schweiz PLZ, Wohnort: _____ Telefon: _____

Prämienrechnung an (falls nicht an den Versicherungsnehmer)

Name/Firma: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

3. Begünstigung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

3.1 Allgemein gültige Begünstigung

Die Versicherung besteht zugunsten des Versicherungsnehmers, bei dessen Fehlen zugunsten seines Ehegatten, bei dessen Fehlen zugunsten seiner Kinder, bei deren Fehlen zugunsten der Erben des Versicherungsnehmers.

3.2 Versicherung auf 2 Leben

Die Versicherung besteht im Erlebensfall zugunsten des Versicherungsnehmers, im Todesfall zugunsten des überlebenden Versicherten, bei dessen Fehlen zugunsten der Kinder der beiden Versicherten, bei deren Fehlen zugunsten der Erben der beiden Versicherten.

3.3 Kinderversicherung

Die Versicherung besteht zugunsten des Versicherungsnehmers, bei dessen Fehlen zugunsten der mitversicherten erwachsenen Person, bei deren Fehlen zugunsten

des Ehegatten, bei deren Fehlen zugunsten des versicherten Kindes, bei dessen Fehlen zugunsten der Erben des versicherten Kindes.

3.4 Gebundene Vorsorge-Police

Im Erlebensfall: der Versicherungsnehmer.

Im Todesfall: die folgenden Personen in nachstehender Reihenfolge:

1. der überlebende Ehegatte;
2. bei dessen Fehlen die direkten Nachkommen sowie Personen, für deren Unterhalt der Verstorbene in massgeblicher Weise aufgekomen ist;
3. bei deren Fehlen die Eltern, bei deren Fehlen die Geschwister, bei deren Fehlen die übrigen Erben. Der Versicherungsnehmer kann über diese Reihenfolge verfügen und/oder Ansprüche dieser Person näher bezeichnen. Eine solche Änderung ist in der Begünstigungsklausel der Vorsorge-Police festgehalten.

3.5 Begünstigte Personen, falls die Klauseln 3.1–3.4 nicht gewünscht werden

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____ Adresse: _____

1. Begünstigter: _____

Bei dessen Fehlen 2. Begünstigter: _____

Bei dessen Fehlen 3. Begünstigter: _____

3.6 Letztwillige Verfügung, falls Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch sind

Beim Tod des Versicherungsnehmers vor Eintritt des Versicherungsfalles wird neuer Versicherungsnehmer:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Adresse: _____

Die versicherte Person

Folgende Person (Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse angeben): _____

4. Leistungen und Prämien für:

Hauptversicherung	Alter	Tarif	Dauer	Karenz- oder Wartefrist	Leistungen	Jahresprämie/EE		Aufteilung der Sparprämie bei anteilgebundener Versicherung	
						Jahre	Fr.		
Beginn: 01.03.1998 22 GA95 22						230'432.-	5'362.10	"FORTUNA"	40 %
Prämienzahlungsdauer								Pend.Sar....	35 %
Zusatzversicherungen								BlueChip.Sar	15 %
Prämienbefreiung		i		90	5'362.-		176.90	Emerging.Sar	10 %
Mtl. Erwerbsunfähigkeitsrente		r		720	500.-		792.-	(Plan 11)	
		u						Total	100 %

Versicherungen auf weiteres Leben (Übertrag aus Zusatzantrag) _____

Total Jahresprämie/Einmalprämie (EE) 5'731.-

Prämienzahlung: 1/1 1/2 1/4 1/12 EE VZ PD LSV BAD ESR

Überschussverwendung: Überschusskonto Bonus Verrechnung Anteilguthaben

5. Allgemeine Fragen an die versicherte Person

	ja/nein	Nähere Angaben
01. Würden Anträge für Versicherungen mit Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit/Invalidität, Krankheit, Unfall oder im Todesfall abgelehnt, zurückgestellt oder mit Erschwerung angenommen, oder haben Sie solche Anträge zurückgezogen? Wenn ja, bitte nähere Angaben.	nein	Jahr: 19 Gesellschaft: _____
02. Haben sie jemals bei der IV oder einem anderen Versicherer Leistungen (d.h. Taggelder, Renten, Hilfsmittel, Umschulungsmassnahmen) gefordert? Wenn ja: wann, bei welchem Versicherer, welche Art von Leistungen, Leistungsdauer?	nein	Jahr: 19 Versicherer: _____ Dauer: _____
03. Sind Sie besonderen beruflichen Gefahren ausgesetzt (Gift, explosive Stoffe, Strahlen usw.)? Wenn ja, bitte nähere Angaben.	nein	
04. Sind Sie besonderen Berufs- oder Freizeitrisiken, z. B. sportlichen Risiken ausgesetzt, z. B. als Taucher, Fallschirmspringer, Delta- oder Gleitschirmflieger, Pilot, Auto- oder Motorradrennfahrer? Wenn ja, bitte nähere Angaben sowie separates Formular ausfüllen.	nein	
05. Steht in den nächsten 24 Monaten ein Aufenthalt von über 6 Monaten Dauer in einem ost- oder aussereuropäischen Land bevor? Wenn ja, bitte nähere Angaben.	nein	Land: _____ Dauer (Monate): _____
06. Sind Sie bereits für Leistungen bei Tod oder Erwerbsunfähigkeit/Invalidität versichert, oder haben Sie gegenwärtig solche beantragt?		
a) Berufliche Vorsorge (2. Säule)	ja	Wenn ja: <u>47'100.-</u> Fr. Jahresrente
b) Krankentaggeld des Arbeitgebers	ja	Wenn ja: <u>80</u> % vom Lohn ab _____ Tag bis <u>720</u> Tag
c) Private Versicherungen		
Gesellschaft	Abschlussjahr	Versicherungssumme im Todesfall
		Jahresrente bei Invalidität
		Leistungen Taggeld
		Dauer ab
		bis
		Jahresprämie
07. Wie hoch ist Ihr gegenwärtiges monatliches Erwerbseinkommen (nur zu beantworten, wenn die beantragte Erwerbsunfähigkeitsversicherung Fr. 1000.- mtl. übersteigt)?		Fr. _____ monatlich
08. Übersteigen Ihre gesamten beantragten und versicherten Todesfallleistungen Fr. 500 000.- oder die monatlichen Erwerbsunfähigkeits-/Invaliditätsleistungen Fr. 5000.- (ohne 2. Säule), sind die vertraulichen "Ergänzenden Angaben" einzureichen.		

6. Fragen zum Gesundheitszustand der versicherten Person

Nur zu beantworten bei Anträgen ohne ärztliche Untersuchung

	ja/nein	Nähere Angaben
11	Sind Sie gegenwärtig gesund und voll arbeitsfähig? Wenn nein, warum nicht?	ja
12	Haben Sie derzeit einen Hausarzt? Wenn ja, Name und genaue Adresse angeben.	ja Dr. med.: Name: <u>Hausheer</u> Vorname: <u>Werner</u> Strasse: <u>Stockerstr. 35</u> PLZ: <u>8810</u> Ort: <u>Horgen</u>
13	Geben Sie bitte Ihre Körpermasse an:	Grösse: <u>179</u> cm Gewicht: <u>85</u> kg
14	Nehmen Sie regelmässig Medikamente? Wenn ja, welche, weshalb, Dosis?	nein
21	Standen Sie in den letzten 5 Jahren in ärztlicher Behandlung, Beratung oder unter ärztlicher Kontrolle? Wenn ja, bitte ausführliche Angaben.	ja von <u>3.96</u> bis <u>4.96</u> Weshalb? <u>Malaria</u> Wie oft? <u>3x</u> Folgen und Resultat? <u>alles i.O.</u>
22	Haben Sie sich während der letzten 5 Jahre besonderen ärztlichen Untersuchungen unterzogen wie Röntgen, Computertomographie, Gewebeuntersuchung, Urin- und Blutuntersuchungen, EKG oder anderen?	ja a) <u>3.96</u> <u>4.96</u> <u>Urin/Blut wg. Malaria</u> <u>2x</u> <u>alles i.O.</u> b) <u>5.96</u> <u>Vertrauensarzt bei Stellenwechsel</u> <u>1x</u> <u>alles i.O.</u>
23	Sind bei Ihnen Herz- und Kreislauferkrankungen, eine Zuckerkrankheit, Nierenerkrankungen, bösartige Leiden, z. B. Krebs, oder psychische Störungen vorgekommen?	nein
24	Wurden Sie jemals operiert?	ja <u>1967 Nabelbruch</u> <u>1x</u> <u>alles i.O.</u>
25	Wurden Sie mit radioaktiven Stoffen oder Strahlen behandelt? Wenn ja, bitte ausführliche Angaben.	nein
26	Sind Sie jemals von Psychologen, Chiropraktikern, Naturheilpraktikern usw. beraten oder behandelt worden?	nein
27	Mussten Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen länger als 4 Wochen mit der Arbeit aussetzen?	nein
28	Ist eine Operation vorgesehen oder geplant?	nein
29	Ist ein Spital- oder Kuraufenthalt vorgesehen?	nein
30	Bestehen bei Ihnen Folgen eines Unfalls?	nein
31	Besteht eine körperliche oder psychische Beeinträchtigung, oder ist Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?	nein
32	Nehmen oder nahmen Sie jemals irgendwelche Suchtmittel (z. B. Drogen)? Wenn ja, welche, wann zuletzt, Menge?	nein
33	Haben Sie folgende Konsumgewohnheiten? Wenn ja, bitte genauere Angaben.	ja <input type="checkbox"/> Zigaretten: <u> </u> Stück/Tag <input checked="" type="checkbox"/> Alkohol: <input checked="" type="checkbox"/> Wein: Anz. dl/Tag <u>0,5</u> <input type="checkbox"/> Bier: Anz. dl/Tag <u> </u> <input type="checkbox"/> Schnaps: Anz. cl/Tag <u> </u>
34	Wurde bei Ihnen ein positives Aids-Testresultat (positive HIV-Serologie) festgestellt?	nein

	Name:	Vorname:	Strasse:	PLZ:	Ort:
Für alle Gesundheitsfragen:	zu Frage <u>21</u>	<u>Jader</u>	<u>Walter</u>	<u>Budgrindelstr. 12 8621</u>	<u>Wetzikon</u>
Bitte Namen und Adressen der behandelnden Ärzte und Spitäler angeben	zu Frage <u>22a</u>	<u>Jader</u>	<u>Walter</u>	<u>Budgrindelstr. 12 8621</u>	<u>Wetzikon</u>
	zu Frage <u>22b</u>	<u>Pitsch</u>		<u>Rindlenplatz</u>	<u>Zürich</u>
	zu Frage <u>24</u>	<u>Basler</u>	<u>Spital</u>	<u> </u>	<u>Basel</u>

7. Unterschriften

Die unterzeichnenden Personen erklären, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Sie ermächtigen Behörden sowie Ärzte, Spitäler, Sanatorien usw., welche über Gesundheitszustand, durchgemachte Krankheiten oder erbliche Belastungen der zu versichernden Person etwas wissen, der FORTUNA jetzt oder in Zukunft Auskunft zu erteilen. Unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags erlauben Sie uns, Angaben und Auskünfte einzuziehen oder zu erteilen, sofern und soweit dies aufgrund Ihres Antrags oder zur Vertragsdurchführung nötig ist. Der Antragsteller bleibt 14 Tage, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung 4 Wochen an seinen Antrag gebunden. Bei

unvollständiger oder nicht wahrheitsgetreuer Beantwortung ist die Gesellschaft von der Leistungspflicht befreit, wenn sie binnen 4 Wochen, nachdem sie von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erhalten hat, vom Vertrag zurücktritt. Die Unterzeichner des Antrages sind für die Richtigkeit und Vollständigkeit ihrer Antworten verantwortlich, gleichgültig, wer diese niederschreibt. Besondere Abmachungen oder Zusicherungen sind für die FORTUNA nur verbindlich, wenn sie von der Direktion schriftlich bestätigt sind. Die Unterzeichner bescheinigen den Empfang und die Annahme der Versicherungsbedingungen.

Ort: <u>Hombrechtikon</u>	Datum: <u>24.2.98</u>	Zustimmungsunterschrift
Versicherungsnehmer	Versicherte Person	<input type="checkbox"/> des gesetzlichen Vertreters <input type="checkbox"/> des Prämienzahlers
<u>D. Schürmann</u>	<u>D. Schürmann</u>	

Eingang Direktion

Partner-Nr.

Policen-Nr.

Vom Vermittler auszufüllen

Arbeitgeber der versicherten Person:

Credit Suisse

Bei Selbständigerwerbenden Art des Geschäftes:

Ärztliche

Untersuchung:

Ist aufgrund der Richtlinien für die Risikoprüfung eine Untersuchung notwendig?
Wenn ja, haben Sie die Untersuchung angeordnet? Wenn ja, durch welchen Arzt?

nein ja
nein ja

Name: _____ Vorname: _____ Tel.: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Prämienvorauszahlung (separates Formular einreichen) Prämiendepotzahlung Fr. _____

Bemerkungen _____

Wurde(n) die Unterschrift(en) zu diesem Antrag von der (den) betreffenden Person(en) eigenhändig in Ihrer Gegenwart gesetzt? Wenn nein, welche nicht und warum nicht? ja nein Nähere Begründung: _____

Ist der Versicherungsnehmer mit Ihnen verwandt? ja nein Wenn ja, wie? _____

Ort und Datum _____ Unterschrift des Vermittlers _____ Antrag eingesehen und kontrolliert durch Generalagentur
Visum: _____

Reserviert für Direktion

AV-Ablauf AZn _____ AR _____ ARn _____ ARt _____ ARa _____ EB _____ EBn _____
C111 _____ C110 _____ C112 _____ C125 _____ DE _____ MA _____ C130 _____

Risikoprüfung

Bestehende Verträge

Entscheid ärztliches Büro

AK/Kontr. _____

Erhöhtes Risiko _____

Rückversicherung

nein ja fac

VS Fr. _____

Gesellschaft _____ Erfasst Datum | | | | Visum _____

Erstprämie

1. PRÄMIE/VZ Valuta Fr. _____ Konto _____

VZ bis _____ Red. JP _____ VZ JP _____

Bemerkungen _____