

# Anmeldung

Vertrag Nr. /

zur beruflichen Vorsorge für Freischaffende (Art. 46 BVG) und Selbstständigerwerbende (Art. 44 BVG)

Für Selbstständigerwerbende ist eine Verbandszugehörigkeit erforderlich

- SBKV  
 SMV  
 SONART

- Danse suisse  
 t. Theaterschaffende CH  
 Tanzvereinigung Schweiz  
 Visarte

## Versicherte Person

Name ..... Vorname ..... Versichertennummer (AHV Nummer) .....

Telefonnummer ..... E-Mail .....

Strasse, PLZ und Ort ..... Geburtsdatum ..... Geschlecht .....

Beruf ..... Funktion .....  m  w

Zivilstand  ledig  geschieden  
 verheiratet seit .....  verwitwet  
 eingetragene Partnerschaft seit .....  durch Tod aufgelöste Partnerschaft  
 gerichtlich aufgelöste Partnerschaft

## Angaben über das Vorsorgeverhältnis

### Planvariante

- Plan SFF «Familie»  Plan SFS «Single»

Der Beitragssatz liegt bei 12%, davon entfallen für Risikoversicherung und Verwaltungskosten (in % des gemeldeten Jahreslohnes):

Plan SFS «Single» Frauen und Männer 3,6 %  
Plan SFF «Familie» Frauen und Männer 3,6 %

Die übrigen Beiträge werden dem Alterskonto gutgeschrieben.

## Versicherungsbeginn

Datum des Versicherungsbeginns: .....

Bei der CAST zu versichernder Jahreslohn für Todesfall- und Invaliditätsversicherung (fixe Beträge gemäss a-e oder frei wählbarer Betrag gemäss f, im Minimum CHF 10'000.-)

– Sollte in etwa dem mutmasslichen Einkommen entsprechen, das Sie erwirtschaften (exkl. Einkommen, das bereits andernorts versichert ist).

- a)  CHF 10'000.-  
b)  CHF 20'000.-  
c)  CHF 30'000.-  
d)  CHF 40'000.-  
e)  CHF 50'000.-  
f)  CHF .....

## Gesundheitsprüfung

Die Ergänzung zur Anmeldung ist immer auszufüllen.

## Beitragszahlung

Für Freischaffende werden die Beiträge von den verschiedenen Arbeitgebern vierteljährlich nachschüssig der Vorsorgestiftung überwiesen.

Selbstständigerwerbende zahlen ihre Beiträge selber ein.

Reichen die eingegangenen Beiträge nicht aus, um den Risikobeitrag für die Versicherung des gemeldeten Lohnes zu begleichen, wird ein allfälliger Restbetrag den Freischaffenden/Selbstständigerwerbenden in Rechnung gestellt. Wird dieser nicht beglichen, kann die Vorsorgestiftung den Vorsorgeschutz mittels schriftlicher Ankündigung per Datum, bis zu welchem für das Mitglied letztmals Beiträge einbezahlt wurden, aufheben.

## Dauer des Anschlusses

Diese Vereinbarung ist zeitlich unbeschränkt gültig und kann jeweils auf das Ende des folgenden Monats aufgelöst werden.

Im Übrigen sind die Bestimmungen des jeweils gültigen Reglements der Vorsorgestiftung massgebend.

## Unterschrift

Datum

Unterschrift

## Senden an

Charles Apothéloz-Stiftung  
Yolanda Schweri  
Kasernenstrasse 15  
Postfach  
8021 Zürich

## Ergänzung zur Anmeldung

Vertrag Nr. /

<b>Versicherte Person</b>	Name	Vorname	Versichertennummer (AHV Nummer)	
	Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
	Aktuelle Erwerbstätigkeit		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Erreichbar unter	E-Mail-Adresse Privat		Telefon Nr.	
	Grösse (cm)	Gewicht (kg)		

**Fragen zur Gesundheit** Diese beziehen sich auf **die letzten 5 Jahre** vor Versicherungsbeginn oder vor dem Zeitpunkt der Leistungserhöhung. Bitte bei den mit «Ja» beantworteten Fragen jeweils die verlangten Einzelheiten angeben.

<b>Einzelheiten</b>	<b>1.</b> Waren Sie bei Versicherungsbeginn oder zum Zeitpunkt der Leistungserhöhung ganz oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Liegt eine IV-Verfügung vor? Falls eine IV-Verfügung vorliegt, legen Sie diese bitte bei. Ansonsten bitte Abrechnungen der Krankentaggeld- oder Unfallversicherung beilegen, falls vorhanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<b>2.</b> Bestehen bei Ihnen irgendwelche Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschädigungen bzw. Folgen eines Unfalles oder einer Krankheit?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche	Seit wann	geheilt nicht geheilt
	Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	<b>3.</b> Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschädigungen: Arthrose, Asthma, Augenerkrankungen, Bronchitis, erhöhter Blutdruck, erhöhtes Cholesterin, Herzkrankheiten, Krebs, Lähmung, Multiple Sklerose, <b>nicht</b> korrigierte Hör- oder Sehverminderung, psychische Leiden oder Störungen, Rheuma, (Schild-) Drüsen-Störungen, Schlaganfall, Wirbelsäulenbeschwerden, Zuckerkrankheit oder andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten, Symptome oder Störungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche	Von wann bis wann	geheilt nicht geheilt
	Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Welche	Von wann bis wann	geheilt nicht geheilt
	Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Welche	Von wann bis wann	geheilt nicht geheilt
	Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*

\* 1 = geheilt/alles in Ordnung/Behandlung abgeschlossen

\* 2 = nicht geheilt/nicht in Ordnung/in Behandlung oder Kontrolle

<b>4. Mussten Sie die Arbeit wegen Krankheit oder Unfall mehr als 2 Wochen ganz oder teilweise aussetzen?</b>		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weshalb	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler(Name und Adresse)			
.....			
Weshalb	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
<b>5. Stehen oder standen Sie mehr als 4 Wochen in ärztlicher, chiropraktischer oder psychologischer Behandlung bzw. Kontrolle oder benötigen, nehmen oder nahmen Sie regelmässig Medikamente, Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel oder Drogen?</b>		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weshalb stehen oder standen Sie in Behandlung/Kontrolle	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
Welche Medikamente usw.	Von wann bis wann	Wie viel pro Woche	
.....		.....	
Weshalb stehen oder standen Sie in Behandlung/Kontrolle	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
Welche Medikamente usw.	Von wann bis wann	Wie viel pro Woche	
.....		.....	
<b>6. Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, z. B. Kontrollen, Röntgen, EKG, HIV-Test usw., die zu <b>keinem normalen Ergebnis</b> geführt haben (nicht anzugeben sind genetische Untersuchungen)?</b>		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
<b>7. Haben Sie sich einer Operation unterzogen (ambulant oder stationär) oder ist eine solche vorgesehen/empfohlen?</b>		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
.....		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			
.....			
<b>8. Welcher Arzt (auch Chiropraktor, Psychotherapeut) ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse orientiert?</b>			
Name	Vorname	PLZ und Ort	
.....		.....	
.....			

\* 1 = geheilt/alles in Ordnung/Behandlung abgeschlossen  
\* 2 = nicht geheilt/nicht in Ordnung/in Behandlung oder Kontrolle

**Zusatzangaben** Waren Sie bei Ihrem letzten Arbeitgeber im Rahmen einer beruflichen Vorsorge versichert?  Ja  Nein  
bei Stellenwechsel Wenn Ja, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Firma oder Vorsorgeeinrichtung

Strasse, PLZ und Ort

Besteht aus Ihrer letzten Pensionskasse ein Gesundheitsvorbehalt?  Ja  Nein  
(Falls Ja, bitte Kopie des Vorbehaltes beilegen)

**Bemerkungen**

**Erklärung** Ich ermächtige Ärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Spitäler, Unfall- und Krankentaggeldversicherer sowie meine bisherige Vorsorgeeinrichtung, dem ärztlichen Dienst der AXA Leben AG im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskunft über meinen Gesundheitszustand und/oder über meinen bisherigen Vorsorgeschutz zu erteilen. Ich nehme davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und dass die AXA Leben AG bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann.

**Unterschrift** Datum  Unterschrift der versicherten Person

**Senden an** Charles Apothéloz-Stiftung  
Yolanda Schweri  
Kasernenstrasse 15  
Postfach  
8021 Zürich