

Anmeldung

Vertrag Nr. /

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

- SBKV
 ACT
 SMV

- Musikschaftende CH
 ktv
 visarte

Für Selbstständigerwerbende ist eine Verbandszugehörigkeit erforderlich

Versicherte Person

Name Vorname Versichertennummer (AHV Nummer)

Telefonnummer E-Mail

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

..... m w

Beruf Funktion

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

Angaben über das Vorsorgeverhältnis

Planvariante

- Plan SFF «Familie» Plan SFS «Single»

Der Beitragssatz liegt bei 12%, davon entfallen für Risiko-
versicherung 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.

Versicherungs- Beginn

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 entspre-
chen, 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

Gesundheits- prüfung

Die Ergänzung zur Anmeldung ist immer auszufüllen.

Beitragszahlung

Für Freischaffende werden die Beiträge von den verschiede-
nen Arbeitgebern vierteljährlich nachschüssig der Vorsorge-
stiftung überwiesen.

Selbstständigerwerbende zahlen ihre Beiträge selber ein.

Reichen die eingegangenen Beiträge nicht aus, um den Ri-
sikobeitrag für die Versicherung des gemeldeten Lohnes zu
begleichen, wird ein allfälliger Restbetrag den Freischaffen-
den/Selbstständigerwerbenden in Rechnung gestellt. Wird
dieser nicht beglichen, kann die Vorsorgestiftung den Vorsor-
geschutz 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 Reg-
lements der Vorsorgestiftung massgebend.

Unterschrift

Datum

Unterschrift

Senden an

Charles Apothéloz-Stiftung
Yolanda Schweri
Kasernenstrasse 15
Postfach
8021 Zürich

Ergänzung zur Anmeldung

Vertrag Nr. /

| | | | | |
|---------------------------|---------------------------|--------------|----------------------------|----------------------------|
| Versicherte Person | Name | Vorname | Versichertennummer | |
| | 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.

Einzelheiten

1. Waren Sie bei Versicherungsbeginn oder zum Zeitpunkt der Leistungserhöhung ganz oder teilweise arbeitsunfähig? Ja Nein

Liegt eine IV-Verfügung vor? Ja Nein
 Falls eine IV-Verfügung vorliegt, legen Sie diese bitte bei. Ansonsten bitte Abrechnungen der Krankentaggeld- oder Unfallversicherung beilegen, falls vorhanden.

2. Bestehen bei Ihnen irgendwelche Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschädigungen bzw. Folgen eines Unfalles oder einer Krankheit? Ja Nein

Welche 1* 2* Seit wann geheilt nicht geheilt

.....
 Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

3. 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, **nicht** korrigierte Hör- oder Sehverminderung, psychische Leiden oder Störungen, Rheuma, (Schild-) Drüsen-Störungen, Schlaganfall, Wirbelsäulenbeschwerden, Zuckerkrankheit oder andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten, Symptome oder Störungen? Ja Nein

Welche 1* 2* Von wann bis wann geheilt nicht geheilt

.....
 Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

.....
 Welche 1* 2* Von wann bis wann geheilt nicht geheilt

.....
 Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

.....
 Welche 1* 2* Von wann bis wann geheilt nicht geheilt

.....
 Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

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

| | | | |
|---|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 4. Mussten Sie die Arbeit wegen Krankheit oder Unfall mehr als 2 Wochen ganz oder teilweise aussetzen? | | <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) | | | |
| | | | |
| 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? | | <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 | |
| | | | |
| 6. Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, z. B. Kontrollen, Röntgen, EKG, HIV-Test usw., die zu keinem normalen Ergebnis geführt haben (nicht anzugeben sind genetische Untersuchungen)? | | <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) | | | |
| | | | |
| 7. Haben Sie sich einer Operation unterzogen (ambulant oder stationär) oder ist eine solche vorgesehen/empfohlen? | | <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) | | | |
| | | | |
| 8. Welcher Arzt (auch Chiropraktor, Psychotherapeut) ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse orientiert? | | | |
| 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