

Antrag für eine Vorsorgeversicherung

Vermittler-Nr. **8012** Gesellschaft/Name und Vorname des Beraters **Beratung GmbH / Hans Koller** Im Firmensitz erhalten am _____ Police-Nr. _____
 Neuantrag Änderung der Police Nr. _____ Freie Vorsorge (3b) Gebundene Vorsorge (3a)

Am Vertrag teilnehmende Person(en)

Versicherte Person 1 (später bezeichnet als V1)

Frau

Name: **Schwarz**

Strasse: **Birchstrasse 117**

Geburtsdatum: **07.07.1970** Zivilstand: **Verheir.**

Bewilligung ZAR-Nr.: **0848.0489/5** Gültigkeit: **06.2015**

Gesprochene Sprache(n): D F I **Englisch**

Telefonnummer: **044 720 38 01**

Aktueller Beruf/Branche: **Buchhalter / Lebensmittel**

Status: angestellt temporär angestellt
 selbständig: seit wann? _____

Versicherungsnehmer

Herr

Vorname: **Peter**

PLZ/Ort: **8050 Zürich-Oerlikon**

Nationalität: **Deutscher** Bewilligung: **C**

Kantonale Referenz-Nr.: **ZH 166972**

Korrespondenzsprache: D F I

E-Mail-Adresse: **p.schwarz@dplanet.ch**

Name des Arbeitgebers: **Migros Zürich**

pensioniert/Rentner(-in) in Ausbildung/Student(-in)
 Hausfrau oder -mann arbeitslos

Versicherte Person 2 (V2)

Versicherungsnehmer

Frau

Name: _____

Strasse: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Bewilligung ZAR-Nr.: _____ Gültigkeit: _____

Gesprochene Sprache(n): D F I _____

Telefonnummer: _____

Aktueller Beruf/Branche: _____

Status: angestellt temporär angestellt
 selbständig: seit wann? _____

Prämienzahler

Korrespondenzadresse in der Schweiz

Herr

Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Nationalität: _____ Bewilligung: _____

Kantonale Referenz-Nr.: _____

Korrespondenzsprache: D F I

E-Mail-Adresse: _____

Name des Arbeitgebers: _____

pensioniert/Rentner(-in) in Ausbildung/Student(-in)
 Hausfrau oder -mann arbeitslos

Wenn der Versicherungsnehmer, der Prämienzahler und/oder die Korrespondenzadresse sich von den oben stehenden Angaben unterscheiden, vervollständigen Sie bitte die Rubrik «Andere am Vertrag teilnehmende Person» im Anhang 2.

Versand der Police direkt an den Versicherungsnehmer Andere: **Beratung GmbH Hans Koller**

Gebundene Vorsorge (3a)

1. Werden Sie dieses Jahr Beiträge auf ein 3a-Konto oder –Police bei einer Bank oder einem anderen Versicherer entrichten? ja nein
Bei welcher/-n Gesellschaft(en)/Beiträge? _____ /Fr. _____ /Fr. _____
2. Der Antragsteller bestätigt, dass er eine Erwerbstätigkeit ausübt und
 einer Vorsorgeeinrichtung gemäss Art. 80 BVG (2. Säule) angeschlossen ist,
 nicht einer Vorsorgeeinrichtung gemäss Art. 80 BVG (2. Säule) angeschlossen, aber trotzdem den AHV-Beiträgen unterstellt ist.
Er bestätigt unter anderem, dass der totale Jahresbetrag seiner überwiesenen Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen, gemäss Art. 82 BVG, die limitierte festgelegte Summe von Art. 7 BVV3 nicht übersteigt. Der Vertragspartner bestätigt auch, dass er über die bestehenden Höchstlimiten – die steuerlich absetzbar sind – informiert wurde.
3. Wünschen Sie die automatische Anpassung der Prämien, im Falle einer Erhöhung der Maximalbeiträge 3a durch den Bundesrat? (nur möglich, wenn der neue Geschäftsabschluss die maximale Prämie, welche steuerlich absetzbar ist, aufweist) ja nein

Leistungen/Prämien

Vertragsbeginn:	01 07 2011	Versicherte Person(en)	Wartefrist	Dauer (Jahre)	Leistungen Fr.	Ausgewählter Investitionsplan
Hauptversicherung:	Global wie invest FP	V1		24	120'165.-	Plan: D
<input checked="" type="checkbox"/> Zusätzliche Todesfallversicherung (TA)		V1		24	100'000.-	
<input type="checkbox"/> Zusätzliche abnehm. Todesfallversicherung (TDA)						
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Hinterbliebenenzeitrente (RSA)						
<input type="checkbox"/> Kapital bei Unfalltod (DA)						
<input type="checkbox"/> Vorauszahlung des Hauptversicherungskapitals (CI)						
<input type="checkbox"/> Kapital bei Invalidität (IP)						
<input checked="" type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente (RIG)		V1	720 Tg.	24	12'550.-	
<input checked="" type="checkbox"/> Prämienbefreiung bei EU (LP)			90 Tg.			
<input checked="" type="checkbox"/> Jährliche Prämie	<input type="checkbox"/> Einmaleinlage	<input type="checkbox"/> inkl. Stempelsteuer			Prämientotal	Fr. 6'682.-
Ratenzahlung:	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1/4	<input checked="" type="checkbox"/> 1/12		Fr. 564.65
Zahlungsmodus:	<input checked="" type="checkbox"/> Einzahlungsschein	<input type="checkbox"/> LSV (Bank)	<input type="checkbox"/> DD (Post)	<input type="checkbox"/> Prämienkonto		

Sportliche Aktivitäten und Auslandsaufenthalte

	V1		V2	
	ja	nein	ja	nein
1. Betreiben Sie regelmässig Sport?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche(n):	Tennis, Ski			
2. Betreiben Sie einen Sport wie Berg-, Flug- oder Motorsport (Auto, Motorrad), Reitsport, Fallschirmspringen, Deltafliegen, Gleitschirmfliegen, Tauchen, Kampfsport, Segeln, Höhlenforschung oder andere risikobehaftete sportliche Aktivitäten? (in diesem Fall den betreffenden Fragebogen ausfüllen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche(n):				
3. Werden Sie sich in den nächsten 12 Monaten während mehr als 4 Wochen (in einer Region) ausserhalb Ihres Wohnlandes aufhalten?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wo? Wann? Wie lange?				
Aus welchem Grund?				

Allgemeines

	ja	nein	ja	nein
1. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?				
V1: Mutuel Assurances			V2:	
2. Sind Sie Inhaber eines anderen Lebensversicherungsvertrages bei einer Privatgesellschaft oder haben Sie in den letzten 12 Monaten mit anderen Gesellschaften Kontakt aufgenommen, mit dem Ziel eine Lebensversicherung abzuschliessen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/> V1	<input type="checkbox"/> V2	<input type="checkbox"/> V1	<input type="checkbox"/> V2
Bei welchen Gesellschaften?	Zurich			
Für welches Todesfallkapital?	Fr. 75'000.-	Fr.	Fr.	
Für welche Invalidenrente?	Fr. 12'000.-	Fr.	Fr.	
Zu welchen Annahmebedingungen?	normal			
3. Beziehen Sie oder bezogen Sie jemals eine Rente oder andere Entschädigungen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> UVG	<input type="checkbox"/> Militärversicherung	<input type="checkbox"/> ALV
	<input type="checkbox"/> Erwerbsersatz-Versicherung (Taggelder)			
Von wann bis wann?			Weshalb?	

Medizinische Auskünfte betreffend der versicherten Person(en) - Teil A

	ja	nein	ja	nein
1. Körpermasse (Grösse/Gewicht)	V1: 182 cm/ 83 kg		V2: cm/ kg	
2. a. Besteht bei Ihnen eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bestehen irgendwelche gesundheitliche Probleme? Leiden Sie an Folgen eines Unfalls/einer Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter medizinischer Beobachtung oder nehmen Sie regelmässig Medikamente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		V1		V2	
		ja	nein	ja	nein
4.	Haben Sie in den letzten 5 Jahren				
a.	Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihre gewöhnlichen Aktivitäten während mehr als 2 aufeinander folgenden Wochen unterbrechen oder einschränken müssen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	sich einer Behandlung, einer Kontrolle oder medizinischer Betreuung während mehr als 4 Wochen (von der ersten bis zur letzten Konsultation) unterzogen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	einen Psychotherapeuten, Psychiater oder Psychologen konsultiert?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	physiotherapeutische Sitzungen durchgeführt oder einen Chiropraktiker konsultiert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Rauchen Sie? V1: Was? <u>Zigaretten</u> Anzahl/Tag <u>15</u> V1: Was? <input type="text"/> Anzahl/Tag <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Haben Sie bereits einen HIV-Test durchgeführt? Wann letztmals: A1: <u>4.4.2011</u> A2: <input type="text"/> Resultat des letzten Tests? A1: <input type="checkbox"/> HIV-positiv <input checked="" type="checkbox"/> HIV-negativ A2: <input type="checkbox"/> HIV-positiv <input type="checkbox"/> HIV-negativ (=keine Anomalien entdeckt)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	a. Wann wurde bei Ihnen die letzte medizinische Untersuchung durchgeführt?				
	V1: Datum: <u>04 04 2011</u> V2: Datum: <input type="text"/>				
	Grund: <u>Check Up + HIV-Test</u> Grund: <input type="text"/>				
	Bei welchem Arzt? <u>Dr. Klaus Strahm</u> Bei welchem Arzt? <input type="text"/>				
	Ergebnis: <u>hoher Blutdruck, sonst nichts</u> Ergebnis: <input type="text"/>				
	b. Wer ist der Arzt, der am besten über Ihren Gesundheitszustand informiert ist? (Name und Adresse)				
	V1: <u>Dr. Klaus Strahm, 8006 Zürich</u> V2: <input type="text"/>				

Hier bitte Einzelheiten angeben, wenn Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen 2 bis 4 mit «ja» beantwortet haben

V1/V2	Frage	Art der Erkrankung oder der med. Untersuchung, Details, Medikamente	Von wann bis wann?	Dauer der Erwerbs-unfähigkeit	Geheilt, ohne Folgen, Beh. abgeschl.?	Name und genaue Adresse des Arztes oder des Spitals
V1	3.+4.b.	hoher Blutdruck (concor 10)	99 - jetzt	keine	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	Dr. Klaus Strahm, 8006 Zürich
V1	4.d.	Muskelriss	2005	2 Wochen	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	S. Dürst, Physio., 8400 Winterthur
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Medizinische Auskünfte betreffend der versicherten Person(en) – Teil B

		ja	nein	ja	nein
8.	Mussten Sie radiologische Untersuchungen (MRT, Scanner, Standard-Röntgenaufnahmen) oder andere Untersuchungen (Belastungs-EKG, Echokardiographie, usw.) infolge Schmerzen oder Verdacht auf Anomalien durchführen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Nehmen Sie oder haben Sie bereits Drogen oder Rauschgiftmittel konsumiert?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Mussten Sie im Laufe der letzten 3 Monate Ihre berufliche Tätigkeit oder Ihre gewöhnlichen Aktivitäten während 5 Tagen oder mehr unterbrechen oder einschränken?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	a. Wurden Sie im Laufe der letzten 5 Jahre, mit Ausnahme von Untersuchungen für Gentests, in einem Spital, einer Klinik oder einer Kuranstalt behandelt oder untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Ist ein Spitalaufenthalt, eine ambulante Untersuchung oder eine Kur bereits vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren einer ärztlichen Untersuchung, bezüglich einer der folgenden Gesundheitsstörungen, unterzogen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Beschwerden an der Wirbelsäule oder Halswirbelsäule		
	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input checked="" type="checkbox"/> Beschwerden mit den Muskeln oder den Gelenken		
	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> (Schild-) Drüsenstörungen		
	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Lähmung	<input checked="" type="checkbox"/> hoher Blutdruck		
	<input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose		
	<input type="checkbox"/> Kniebeschwerden	<input type="checkbox"/> Geschwüre	<input type="checkbox"/> nicht korrigierte Hör- oder Sehverminderung		
	<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> psychische Störungen, Angstzustand oder Depression		

Hier bitte Einzelheiten angeben, wenn Sie eine oder mehrere der Gesundheitsfragen 8 bis 12 mit «ja» beantwortet haben

V1/V2	Frage	Art der Erkrankung oder der med. Untersuchung, Details, Medikamente	Von wann bis wann?	Dauer der Erwerbs-unfähigkeit	Geheilt, ohne Folgen, Beh. abgeschl.?	Name und Adresse des Arztes oder des Spitals
V1	8.	Belastungs-EKG für hoher B.	2006	keine	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Stadtspital Triemli, Zürich
V1	12.	Dito Fragen 3.+4.b.+4.d.			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anhang 1

Diese Seite beinhaltet Kategorien, die nur in einigen Fällen auszufüllen sind und die man abtrennen kann.
Wenn eine oder mehrere Spalten vervollständigt sind, vergessen Sie bitte nicht, das Dokument unten zu datieren und zu unterschreiben, um Ihre Antworten zu bestätigen.

Bereits bestehende Deckungen bei Erwerbsunfähigkeit

(nur ausfüllen bei RIG-Renten über Fr. 6'000.- pro Jahr oder wenn die zu befreiende Jahresprämie Fr. 10'000.- überschreitet)

	V1		V2	
	ja	nein	ja	nein
1. Sind Sie bei Lohnausfall infolge Krankheit versichert?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis zu welchem monatlichem Bruttobetrag?	Fr. 8'000.- (V1)	Fr. (V2)		
Wie viel Prozent Ihres Bruttoeinkommens stellt dies dar?	80 %	%		
Ihr letzter monatlicher Bruttolohn?	Fr. 10'000.- (V1)	Fr. (V2)		
2. Sind Sie bei Lohnausfall infolge Unfall versichert (Einzelversicherung, UVG oder UVG-Zusatz)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis zu welchem Betrag?	Fr. 8'000.- (V1)	Fr. (V2)		
Wie viel Prozent Ihres Bruttoeinkommens stellt dies dar?	80 %	%		
Bei welcher Gesellschaft?	Mutuelle Ass.			
3. Sind Sie einer Vorsorgestiftung und/oder einer Pensionskasse angeschlossen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Invalidenrenten?	Fr. 27'560.- (V1)	Fr. (V2)		
4. Übersteigen der bereits versicherte und der neu vorgeschlagene Rentenbetrag infolge Invalidität und Erwerbsausfall Ihr Einkommen (oder, falls Sie selbständig sind, Ihren deklarierten Nettolohn)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Selbständige: Anzahl der gegenwärtigen Angestellten?	(V1)	(V2)		

Begünstigte

Freie Vorsorge (Säule 3b)

Für die Standardklausel bitten wir Sie, sich auf den Wortlaut der allgemeinen Versicherungsbedingungen zu beziehen. Wenn Sie eine andere Bedingung als die Vorgeschlagene wünschen, vervollständigen Sie bitte die nachstehende Rubrik, besondere Klausel.

Besondere Klausel:

Im Erlebensfall der versicherten Person erfolgen die Leistungen an den Versicherungsnehmer

Im Todesfall der versicherten Person erfolgen die Leistungen an (mindestens 2 Begünstigte):

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Adresse	Teil in %
1. Begünstigter				
Bei Fehlen, 2. Begünstigter				
Bei Fehlen, 3. Begünstigter				

Gebundene Vorsorge nach Art. 82 BVG (Säule 3a)

a. Im Erlebensfall: der Versicherungsnehmer

b. Im Todesfall der versicherten Person, die folgenden Personen in nachstehender Reihenfolge:

1. der überlebende Ehegatte oder der überlebende eingetragene Partner
2. die direkten Nachkommen sowie die natürlichen Personen, die von der verstorbenen Person in erheblichem Masse unterstützt worden sind, oder die Person, die mit dieser in den letzten fünf Jahren bis zu ihrem Tod ununterbrochen eine Lebensgemeinschaft geführt hat oder die für den Unterhalt eines oder mehrerer gemeinsamer Kinder aufkommen muss

3. die Eltern 3.
4. die Geschwister 4.
5. die übrigen Erben 5.

- Der Vorsorgenehmer kann eine oder mehrere begünstigte Personen unter den in Buchstabe b Ziffer 2 genannten Begünstigten bestimmen und deren Ansprüche näher bezeichnen.
- Der Vorsorgenehmer hat das Recht, die Reihenfolge der Begünstigten nach Buchstabe b Ziffern 3-5 zu ändern und deren Ansprüche näher zu bezeichnen.
- Um eine andere Person, als jene die unter Buchstabe b angegeben sind, als Begünstigte unter den Ziffern 3 bis 5 einsetzen zu können, muss diese Person mittels Testament als erbberechtigt anerkannt sein.

Ort und Datum:

Zürich, 1. Juli 2011

Versicherungsnehmer:

P. Scharitz

Versicherte Person(en):

Identifikation des Antragstellers und Erklärung des wirtschaftlich Berechtigten

Zwingend auszufüllen, wenn die Einmaleinlage, das Total von 5 Jahresprämien oder der überwiesene Betrag auf ein Prämiendepotkonto, Fr. 25'000.– übersteigt.

Identifikation des Antragstellers

Der unterzeichnete Berater bestätigt die Identität des Antragstellers überprüft zu haben, mit Hilfe eines gültigen Identitätsdokuments, wie Reisepass, Identitätskarte oder Aufenthaltbewilligung (Kopie des beglaubigten Originals senden oder nachstehend die Referenzen des verwendeten Dokuments zur Identifizierung angeben).

Typ und Nr. des Identifikationsdokuments? Aufenthaltsb. C, 0848.0489/5 Ablaufsdatum: 10.06.2015

Ausstellungsort: 8006 Zürich Unterschrift des Beraters: H Koller

Zusätzlich beilegen, wenn es sich um eine Gesellschaft handelt:

- Originalauszug aus dem Handelsregister (höchstens 12 Monate alt) oder ein anderes gleichwertiges Dokument
- Kopien der Identitätsausweise der natürlichen Personen welche die Firma gegenüber der Groupe Mutuel Leben GMV AG vertreten, und ein Dokument, welches beweist, dass diese Personen legal ermächtigt sind, diese Gesellschaft zu vertreten.

Erklärung des wirtschaftlich Berechtigten

Der/die Unterzeichnete erklärt, als Antragsteller und Versicherungsnehmer (Zutreffendes ankreuzen)

dass er/sie der wirtschaftlich Berechtigte ist, das heisst die Person der die Gelder die an die Groupe Mutuel Leben GMV AG einbezahlt werden müssen, gehören

dass der wirtsch. Berechtigte folgende Person/Unternehmung ist:

Name/Vorname/Firmenname: _____

Geburts-/Gründungsdatum: _____

Nationalität: _____

Vollständige Adresse: _____

Ort und Datum: Martigny, 1. Juli 2011

Unterschrift: P. S. Schwartz

Einwilligung und Schlussbestimmungen

Einwilligung

Der Antragsteller oder der Versicherungsnehmer autorisiert die Groupe Mutuel Leben GMV AG die nötigen Angaben zur Erstellung und Verwaltung des Vertrages einzuziehen und auch Fragen zu dem Vertrag, sowie die Mitteilung an den Berater, dessen Namen auf der ersten Seite des Antrages aufgeführt ist, alle Angaben betreffend des unterschriebenen Vertrages (Mahnungen, Zahlungsbefehle usw.) vorzunehmen. Die betroffenen Personen befreien ihre Krankenkassen, sowie alle anderen Versicherer, von der Schweigepflicht gegenüber der Groupe Mutuel Leben GMV AG und berechtigen unter anderem die Übermittlung von notwendigen Informationen sowie die Inhalte der Beiblätter und des Versicherungsantrages an den Rückversicherer, in Bezug zur Abklärung der Annahmebedingungen.

Die zu versichernden Personen befreien die Ärzte, Spitäler, Therapeuten oder andere für die Groupe Mutuel Leben GMV AG in Betracht kommende Personen von Ihrem Berufsgeheimnis, um ihr oder ihrem medizinischen Dienst alle notwendigen Auskünfte, in Verbindung mit dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zu erteilen.

Der Antragsteller verpflichtet sich, die anfallende Prämie für das 1. Versicherungsjahr, sowie die zusätzlichen Kosten, zu bezahlen.

Schlussbestimmungen

Die Unterzeichner des Antrages sind verantwortlich, dass ihre Angaben korrekt sind, auch wenn der Antrag von einer Drittperson ausgefüllt wird und sie diesen nur unterzeichnen. Die Unterzeichner erklären, die schriftlichen Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, ohne Gefahrentatsachen, die bekannt waren oder bekannt hätten sein müssen, zu verschweigen oder unrichtig anzugeben. Andernfalls kann die Gesellschaft, unter Anwendung von Art. 6 des Bundesgesetzes für Versicherungsverträge, den Vertrag kündigen. Diese Auskunftspflicht besteht während der ganzen Annahmeprozedur und bis zum Erhalt der Versicherungspolice.

Der Antragsteller bestätigt, die Akkreditierungskarte des Versicherungsberaters (mit Angaben über seine Identität, Adresse, angebotenen Versicherungsbereiche und den Namen der vertretenen Versicherer) gesehen und zur Kenntnis genommen zu haben. Er bestätigt auch, vom besagten Berater über die Bearbeitung seiner persönlichen Daten (insbesondere deren Zweck und dessen Empfänger) informiert zu sein.

Er nimmt ebenfalls zur Kenntnis, dass Vereinbarungen zwischen ihm und dem Vermittler die Groupe Mutuel Leben GMV AG nur verpflichtet, wenn diese schriftlich an den Hauptsitz gerichtet und anerkannt wurden.

Unterschriften

Ich bestätige hiermit den Sinn der Fragen, welche mir gestellt worden sind, verstanden und diese wahrheitsgetreu beantwortet zu haben, sowie den Erhalt der allgemeinen und zusätzlichen Versicherungsbedingungen.

Ort und Datum: Martigny, 1. Juli 2011

Versicherte Person(en): (V1) P. S. Schwartz (V2) _____

Versicherungsnehmer: P. S. Schwartz

Gesetzlicher Vertreter oder Vormund*: _____

der versicherten Person des Versicherungsnehmers

* In diesem Fall unter der Rubrik «Zusätzliche Angaben/Bemerkungen» vermerken, ob es sich um den gesetzlichen Vertreter oder den Vormund handelt. Name, Vorname und genaue Adresse angeben und erwähnen, ob die Korrespondenz ihm zugestellt werden soll.

Erklärung und Unterschrift des Beraters

Ich erkläre, mich beim Antragssteller identifiziert zu haben und meiner Informationspflicht gemäss Artikel 45 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) nachgekommen zu sein. Ich bestätige ebenfalls, dass die vorgeschriebenen Informationen, welche dem Antragssteller mitzuteilen sind, auf einem dauerhaften und zugänglichen Träger übermittelt wurden.

Die anwendbaren Versicherungsbedingungen wurden dem Antragssteller persönlich überreicht.

Ort und Datum: Martigny, 1. Juli 2011 Unterschrift des Beraters: H Koller