

# Anmeldung Selbstständig im Haupterwerb

Betrieb Nr. \_\_\_\_\_  
Vertrag Nr. \_\_\_\_\_ /

**Versicherte Person**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ und Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w

Zivilstand  ledig  geschieden  in eingetragener Partnerschaft  in durch Tod aufgelöster Partnerschaft  in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft

verheiratet seit \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

verwitwet \_\_\_\_\_

Eintritt beim unterzeichneten Arbeitgeber \_\_\_\_\_ Eintritt in die Vorsorgeeinrichtung \_\_\_\_\_

Name und Adresse des letzten Arbeitgebers \_\_\_\_\_

**Vorsorgeverhältnis Lohn**

Voraussichtlicher AHV-Jahreslohn CHF \_\_\_\_\_ Beschäftigungsgrad in % \_\_\_\_\_

**Planvariante**

Plan A  Plan B  Plan C  Plan D  Plan D Plus

**Übertragung Freizügigkeitsleistung**

Die Freizügigkeitsleistung **wurde** von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung überwiesen auf Postkonto 85-785090-6 (IBAN CH74 0900 0000 8578 5090 6) oder Bankkonto Nr. 0835-0865804-91-000 (IBAN CH16 0483 5086 5804 9100 0) bei Credit Suisse, Zürich (Clearing Nr. 4835) der Allvisa Services AG, Vermerk «Vorsorgestiftung Film und Audiovision»

Die Freizügigkeitsleistung **wird** von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung überwiesen auf Postkonto 85-785090-6 (IBAN CH74 0900 0000 8578 5090 6) oder Bankkonto Nr. 0835-0865804-91-000 (IBAN CH16 0483 5086 5804 9100 0) bei Credit Suisse, Zürich (Clearing Nr. 4835) der Allvisa Services AG, Vermerk «Vorsorgestiftung Film und Audiovision»

**Arbeitsfähigkeit** Die Ergänzung zur Anmeldung ist immer auszufüllen.

**Beitragszahlung** Der Selbstständigerwerbende zahlt seine Beiträge selber ein.

**Unterschrift** Die oben aufgeführten Angaben wurden geprüft und in Ordnung befunden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift der versicherten Person \_\_\_\_\_

**Senden an** Vorsorgestiftung Film und Audiovision  
c/o Allvisa Services AG  
Postfach  
8027 Zürich

## Ergänzung zur Anmeldung

Betrieb Nr. \_\_\_\_\_  
 Vertrag Nr. \_\_\_\_\_ /

**Versicherte Person**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ AHV-Nummer \_\_\_\_\_

Strasse, PLZ und Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
 m  w

Aktuelle Erwerbstätigkeit \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ Seit wann \_\_\_\_\_ geheilt nicht geheilt

1\*  2\*

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-) Drüsenstörungen, Schlaganfall, Wirbelsäulenbeschwerden, Zuckerkrankheit oder andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten, Symptome oder Störungen?  Ja  Nein

Welche \_\_\_\_\_ Von wann bis wann \_\_\_\_\_ geheilt nicht geheilt

1\*  2\*

Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse) \_\_\_\_\_

Welche \_\_\_\_\_ Von wann bis wann \_\_\_\_\_ geheilt nicht geheilt

1\*  2\*

Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse) \_\_\_\_\_

Welche \_\_\_\_\_ Von wann bis wann \_\_\_\_\_ geheilt nicht geheilt

1\*  2\*

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 <b>keinem normalen Ergebnis</b> 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 Allvisa Services 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 Allvisa Services AG bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann.

**Unterschrift**

Datum

Unterschrift der versicherten Person

**Senden an** **Vorsorgestiftung Film und Audiovision**  
**c/o Allvisa Services AG**  
**Postfach**  
**8027 Zürich**