

## Anmeldung

Arbeitgeber		
Strasse, Nr.		
Ort, PLZ		
Telefon		
Vertrags-Nr.		Kategorie-Nr.

### Angaben über die zu versichernde Person

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Sozialvers.-Nr.	Zivilstand
Sprache	
Falls verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft lebend, seit	(amtliches Datum)
Datum des Versicherungsbeginns	
AHV-Jahreslohn (Arbeitnehmer) CHF	Beschäftigungsgrad Teilzeitbeschäftigte
(Falls der Koordinationsabzug entsprechend zu reduzieren ist)	

### Nur von selbständigen Erwerbstätigen auszufüllen

Jahreseinkommen CHF	
Datum der Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit	
Waren Sie bis anhin obligatorisch dem BVG unterstellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Stellung im Anwaltsbüro und Vorsorgeplan

Stellung im Anwaltsbüro	<input type="checkbox"/> Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Kaderpersonal	<input type="checkbox"/> Übriges Personal			
Versicherungsplan der Kategorie I	<input type="checkbox"/> BVG Basis	<input type="checkbox"/> BVG Plus 2	<input type="checkbox"/> BVG Maxi	<input type="checkbox"/> BVG Maxi+	<input type="checkbox"/> BVG Optima	
Versicherungsplan der Kategorie II	<input type="checkbox"/> Integral 1	<input type="checkbox"/> Integral 1+	<input type="checkbox"/> Integral 2	<input type="checkbox"/> Integral 2+	<input type="checkbox"/> Integral 3	<input type="checkbox"/> Integral 3+
Ergänzendes Todesfallkapital	<input type="checkbox"/> T1	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T5	<input type="checkbox"/> Zusatzsparen Z4		

### Unterschrift Arbeitgeber

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

### Gesundheitsfragen: Von der zu versichernden Person auszufüllen

- Hatten Sie in den letzten 5 Jahren vor Versicherungsbeginn gesundheitliche Störungen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Wochen führten, oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Probleme?  Ja  Nein  
**Wenn ja, welche?**   
(Name und Adresse)
- Sind Sie gegenwärtig oder periodisch in Behandlung oder Kontrolle bei einem Arzt, einem Psychotherapeuten oder einem Chiropraktiker?  Ja  Nein  
**Wenn ja, bei wem?**   
(Name und Adresse)
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich?  Ja  Nein  
**Wenn ja, welche?**   
**Behandelnder/verordnender Arzt**   
(Name und Adresse)

4. Beziehen Sie Leistungen gemäss Eidg. IV, MVG, UVG, BVG, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung, oder haben Sie Leistungen beantragt?

Ja  Nein

**Wenn ja, von wem?**

Invaliditätsgrad	%	Jahresleistung CHF
------------------	---	--------------------

Falls Sie eine der vorstehenden Fragen 1 bis 4 mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie, zusammen mit der Anmeldung das Formular «Erweiterte Gesundheitsprüfung» einzureichen. Falls Entscheide der unter Frage 4 genannten Versicherer vorliegen, bitten wir Sie, diese und allfällige Abrechnungen über Leistungsbezüge der Anmeldung beizulegen.

### Erweiterte Gesundheitsprüfung bei selbständig Erwerbstätigen

Selbständig Erwerbstätige haben das Formular «**Erweiterte Gesundheitsprüfung**» zusammen mit der Anmeldung einzureichen, wenn keine ärztliche Untersuchung verlangt wird.

Die Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband behält sich vor, die Aufnahme von dieser erweiterten Gesundheitsprüfung oder weiter gehenden medizinischen Abklärungen abhängig zu machen.

### Freizügigkeitsleistungen

Verfügen Sie über Freizügigkeitsleistungen aus früheren Vorsorgeeinrichtungen, Freizügigkeitskonten oder Freizügigkeitspolicen?

Ja  Nein

Für die Überweisung dieser Freizügigkeitsleistungen verwenden Sie bitte das Formular «**Übertragung der Freizügigkeitsleistung bei Stellenwechsel**».

### Wohneigentum

Sind Ihre Ansprüche auf Vorsorgeleistungen (teilweise) verpfändet?

Ja  Nein

Haben Sie Ihre Freizügigkeitsleistung (teilweise) vorbezogen?

Ja  Nein

### Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis / Akteneinsicht

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung / Abwicklung des konkreten Vorsorgefalles) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Swiss Life und den zuständigen Stellen der Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, Swiss Life und der Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt, und sämtliche Daten werden durch Swiss Life bzw. der Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband streng vertraulich behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrags.

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass die Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband bzw. die Swiss Life die Leistungen bei falschen oder unvollständigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kürzen oder ablehnen kann.

### Unterschriften

#### Zu versichernde Person

Ort und Datum

Unterschrift

#### Vorsorgestiftung

#### Zürcher Anwaltsverband

Ort und Datum

Unterschrift

**Bitte vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Anmeldung einsenden an:**

Vorsorgestiftung Zürcher Anwaltsverband, Löwenstrasse 25, Postfach 2424, 8021 Zürich