

Antrag für Zurich Junior

Versichertes Kind

Herr Frau

Geburtsdatum

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name

Vorname

Nationalität(en) (wenn mehrere, alle angeben)

Wohnsitzadresse: Strasse/Nr./PLZ/Ort/Land

Ausländerausweis

C B L

Erwachsener

Ist mitversichert?

Ja Nein

Herr Frau

Titel

Name

Vorname

Geburtsdatum

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Nationalität(en) (wenn mehrere, alle angeben)

Heutige Berufstätigkeit

Branche

Wohnsitzadresse: Strasse/Nr./PLZ/Ort/Land

Zivilstand
 verwitwet

ledig
 getrennt

verheiratet
 geschieden

eingetragene Partnerschaft
 aufgelöste Partnerschaft

Erwerbsart
 Hausarbeit

angestellt
 arbeitslos

selbständig
 pensioniert

in Ausbildung/Kind
 IV-Rentner

Ausländerausweis

C B L

Versicherungsnehmer (VN)

- ist das Kind
 ist der Erwachsene

Fragen an den Versicherungsnehmer

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Geburtsland _____

Policen- und Korrespondenzsprache D F I E

Sind Sie Staatsbürger der USA? Ja Nein
Sind Sie in einem Land ausserhalb der Schweiz steuerpflichtig? Ja Nein

Falls Sie eine der Fragen mit «Ja» beantwortet haben, füllen Sie bitte das Formular «Selbstdeklaration für Personen, die im Ausland steuerpflichtig sind» aus.

Zustelladresse für Prämienrechnung und Korrespondenz (falls anders als Versicherungsnehmer)/Prämiendepot

Name/Firma/Bank _____ Strasse/Nr. _____

Vorname _____ PLZ/Ort/Land _____

Prämiendepot Prämiensperrdepot

Bestehende Nr. _____ Strasse/Nr. _____

Neu/Inhaber _____ PLZ/Ort/Land _____

Finanzierbarkeit und Versicherungsleistungen (gemäss beiliegendem Leistungsblatt zum Antrag)

Mein aktuelles Einkommen ermöglicht die Finanzierung der Jahresprämien von Zurich Junior in der gewählten Ausgestaltung und ich verfüge über eine genügende Liquiditätsreserve.

Ja Nein

Beginn

sofort am (Datum in der Zukunft) _____

Berater

MAPRO

PB-Nr. _____ Verk.-Stelle _____

Berater-Name (Stempel oder Blockschrift) _____

Vermittler-Name (Stempel oder Blockschrift) _____

- Policenkopie für VN**
 Policenversand direkt an VN
 Policenversand an Berater

Wirtschaftliche Berechtigung (gemäss Geldwäschereigesetz)

Wirtschaftlich Berechtigter der zu zahlenden Prämien ist

- der Versicherungsnehmer
- der mitversicherte Erwachsene
- die folgende **natürliche Person**

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Wohnadresse

Nationalitäten

Wohnsitzland

Identitätsprüfung des Versicherungsnehmers (gemäss Geldwäschereigesetz)

Die **Identität des Versicherungsnehmers** wurde durch den Zurich-Mitarbeiter oder den Makler/Vermittler mit Delegationsvereinbarung geprüft aufgrund von:

- Pass
- Identitätskarte
- Führerausweis (CH/FL/EU)
- Ausländerausweis B, C oder L

Ausweis Nr.

Ausstellungsort/-land

Gültig bis

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Alternativ kann dem Antrag eine Ausweiskopie einwandfreier Qualität, auf der nebst Personalien, Foto und Unterschrift alle obigen Angaben ersichtlich sind, beigelegt werden. Sie muss den Vermerk «Original eingesehen», den Ort, das Datum, den Namen und Vornamen des Mitarbeiters in Blockschrift sowie dessen Unterschrift enthalten.

Identitätsprüfung durch Makler und Vermittler ohne Delegationsvereinbarung:

Beilage einer Fotokopie eines behördlichen Ausweises mit Foto und Unterschrift, mit Echtheitsbestätigung (z. B. durch Post, Einwohnerkontrolle).

Begünstigung freie Vorsorge (3b)

Standard-Begünstigung:

- Im Erlebensfall das versicherte Kind
- Im Todesfall des versicherten Kindes der mitversicherte Erwachsene. Bei dessen Fehlen der Ehegatte oder der eingetragene Partner, bei dessen Fehlen die Kinder, bei deren Fehlen die Eltern, bei Fehlen eines Elternteils der noch lebende Elternteil, bei dessen Fehlen die Erben des versicherten Kindes.

Spezielle Begünstigung (Name, Vorname, Geburtsdatum, Beziehung/Quote in %):

Im Erlebensfall

Im Todesfall

Fragen für das versicherte Kind, nur auszufüllen wenn Risikoleistungen für das Kind versichert werden

Von Gesetzes wegen ist es den Versicherern untersagt, nach Ergebnissen von vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen zu fragen. Fragen nach den Ergebnissen präsymptomatischer genetischer Untersuchungen (Untersuchungen zur Feststellung einer Krankheitsveranlagung, bevor Symptome aufgetreten sind) sind unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, erfolgt die Abklärung mit einem separaten Formular. Deshalb müssen solche Untersuchungsergebnisse im vorliegenden Fragebogen nicht angegeben werden. Freiwillig eingereichte Resultate dürfen von den Versicherern nicht verwendet werden. Genetische Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken, d. h. zur Abklärung bereits feststellbarer Krankheitssymptome, sind nicht betroffen und müssen deklariert werden.

Allgemeine Fragen für das Kind

1. Bestehen auf das Leben des Kindes bereits Versicherungen bei Erwerbsunfähigkeit/Invalidität oder wurden solche anderswo beantragt?

Ja Nein

Wenn ja:

Welche?

Gesellschaft? Krankenkasse?

2. Wurde ein Antrag für eine Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung, der für das Kind eingereicht wurde, abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen?

Ja Nein

Wenn ja:

Wann?

Grund?

Gesellschaft? Krankenkasse?

3. Ist für das Kind ein mehr als 12 Monate dauernder Auslandsaufenthalt oder ein Wohnortswechsel ins Ausland geplant?

Ja Nein

Wenn ja, «Fragebogen Auslandsreisen und Auslandsaufenthalte» ausfüllen und dem Antrag beilegen

Fragen zum Gesundheitszustand des Kindes

4. Name und Adresse des Arztes, der am besten über die Gesundheitsverhältnisse des Kindes Auskunft geben kann:

5. Körpermasse bei Geburt (bis Alter 5 Jahre)

Grösse in cm

Gewicht in kg

Aktuelle Körpermasse

Grösse in cm

Gewicht in kg

6. Nimmt oder nahm das Kind in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente (z. B. täglich, wöchentlich, halbjährlich)?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an

Welche?

Grund?

Wann?

Dauer?

Folgenlos
geheilt?

Arzt, Krankenhaus, Adresse?

7. Bestehen beim Kind Gesundheitsstörungen, Blind- und/oder Taubheit, Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens?

Ja Nein

Wenn ja

Welche? Bitte detailliert angeben

Wann aufgetreten?

Arzt, Krankenhaus, Adresse?

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

8. Erfolgte eine IV-Anmeldung oder sind für jetzt oder später spezielle medizinische oder schulische Massnahmen (Operationen, Physiotherapie, Osteopathie, Sonderschulung usw.) vorgesehen?

Ja Nein

Wenn ja:

Weshalb? Welche?

| |
|-------|
| _____ |
|-------|

9. Sind in der biologischen Familie (Eltern, Geschwister, Grosseltern) Herzkrankheiten, Schlaganfall, Diabetes (Zucker), Krebs oder Erbkrankheiten vor Alter 55 vorgekommen?

Ja Nein

Wenn ja

Welche? In wie vielen Fällen?

| |
|-------|
| _____ |
|-------|

10. Fanden in den letzten 12 Monaten Konsultationen bei Ärzten oder medizinischen Fachpersonen statt?

Ja Nein

Wenn ja, bitte alle Konsultationen auflisten!

Datum

Grund/Diagnose

Resultat (z. B. normale Befunde, geheilt)

Arzt, Krankenhaus, Adresse?

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

11. War das Kind in den letzten 5 Jahren

a) wegen Problemen des Bewegungsapparates (Rücken, Knochen, Gelenke, Muskeln) bei einem Arzt oder in Behandlung bei Physiotherapeuten, Chiropraktoren oder Osteopathen?

Ja Nein

b) wegen psychischen Gesundheitsstörungen in Behandlung oder Beratung bei Psychotherapeuten, Psychologen oder Ärzten?

Ja Nein

c) wegen weiteren Gesundheitsstörungen in medizinischer Behandlung oder Betreuung, die mehr als 4 Wochen dauerte, oder musste es sich in dieser Zeit wiederholten Kontrollen unterziehen?

Ja Nein

Einzelheiten, falls mit Ja beantwortet (bitte alle zutreffenden Buchstaben auflisten)

Frage Nummer

Welche Gesundheitsstörung, Operation, Unfallverletzung? Bitte detailliert angeben!

Wann?

Dauer?

Folgenlos geheilt?

Arzt, Krankenhaus, Adresse?

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

12. a) Fand ein Aufenthalt in einem Krankenhaus (Ausnahme: Geburt) oder in einer Rehabilitationsklinik statt und/oder wurde das Kind operiert?

Ja Nein

b) Ist ein Krankenhausaufenthalt/eine Kur geplant oder wurde eine Operation empfohlen, aber noch nicht durchgeführt?

Ja Nein

Einzelheiten, falls mit Ja beantwortet (bitte alle zutreffenden Buchstaben aufführen)

| Frage Nummer | Welche Gesundheitsstörung, Operation, Unfallverletzung? Bitte detailliert angeben! | Wann? | Dauer? | Folgenlos geheilt? | Arzt, Krankenhaus, Adresse? |
|--------------|---|-------|--------|--------------------|-----------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Zusatzfragen für den Erwachsenen, wenn dieser mitversichert ist

Von Gesetzes wegen ist es den Versicherern untersagt, nach Ergebnissen von vorgeburtlichen genetischen Untersuchungen zu fragen. Fragen nach den Ergebnissen präsymptomatischer genetischer Untersuchungen (Untersuchungen zur Feststellung einer Krankheitsveranlagung, bevor Symptome aufgetreten sind) sind unter bestimmten Voraussetzungen zulässig. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, erfolgt die Abklärung mit einem separaten Formular. Deshalb müssen solche Untersuchungsergebnisse im vorliegenden Fragebogen nicht angegeben werden. Freiwillig eingereichte Resultate dürfen von den Versicherern nicht verwendet werden. Genetische Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken, d. h. zur Abklärung bereits feststellbarer Krankheitssymptome, sind nicht betroffen und müssen deklariert werden.

1. Sind Sie gesund und voll arbeitsfähig?

Ja Nein

Wenn nein, geben Sie bitte Einzelheiten an

| Grund/Diagnose? | Seit wann? | Arzt, Krankenhaus, Adresse? |
|-----------------|------------|-----------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

2. Körpermasse

| Grösse in cm | Gewicht in kg |
|--------------|---------------|
| _____ | _____ |

3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten, Zigarren oder Pfeife geraucht oder Nikotin in einer anderen Form konsumiert?

Ja Nein

Wenn ja:

| Was wurde konsumiert? | Tägliche Menge? |
|-----------------------|-----------------|
| _____ | _____ |

4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente (z. B. täglich, wöchentlich, halbjährlich), ausgenommen Empfängnisverhütung?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an

| Welches Medikament? | Grund? | Wann? | Dauer? | Folgenlos geheilt? (j/n) | Arzt, Krankenhaus, Adresse? |
|---------------------|--------|-------|--------|--------------------------|-----------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Falls Medikamente wegen Bluthochdruck eingenommen werden, geben Sie Ihren aktuellen Blutdruck an

| Blutdruckwert |
|---------------|
| _____ |

Schlusserklärung und Unterschriften

Die unterzeichneten Personen (Versicherungsnehmer, versicherte Person(en)) erklären, die in diesem Dokument enthaltenen Fragen nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Weiter bestätigen sie die Richtigkeit der darin festgehaltenen Angaben. Sie verpflichten sich, Änderungen, die vor Beginn des definitiven Versicherungsschutzes eintreten, Zurich zu melden.

Werden erhebliche Gefahrstatsachen verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt (Verletzung der Anzeigepflicht), kann Zurich den Vertrag kündigen. Wurde der Eintritt oder der Umfang eines versicherten Ereignisses durch Verschweigen oder unrichtiges Mitteilen einer Gefahrstatsache beeinflusst, erlischt zudem die Leistungspflicht von Zurich für bereits eingetretene Schäden (Art. 6 Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag VVG). Die unterzeichnete Person ist mit ihrer Unterschrift auch dann für die Angaben verantwortlich, wenn ein Dritter die Antworten geschrieben hat.

Der Versicherungsnehmer bleibt 14 Tage – wenn eine ärztliche Untersuchung nötig ist 4 Wochen – an diesen Antrag gebunden. Er bestätigt, die gesetzlichen Informationen (Art. 3 Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag) sowie die massgebenden Vertragsbedingungen erhalten zu haben.

Die unterzeichneten Personen ermächtigen Zurich, Daten zu bearbeiten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben. Diese Ermächtigung umfasst insbesondere die physische oder elektronische Datenaufbewahrung, die Verwendung der Daten für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen und für statistische Auswertungen. Ebenso ist Zurich ermächtigt, die Daten für Marketingzwecke zu bearbeiten (z.B. Analysen, Erstellung Kundenprofile), diese mit Daten von Drittquellen anzureichern und die Daten an andere Gesellschaften der Zurich Insurance Group AG in der Schweiz sowie an die Sammelstiftungen der beruflichen Vorsorge der Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG für Marketingzwecke bekannt zu geben. Das Kundenprofil dient der Optimierung der Leistungserbringung und der Unterbreitung von individuellen Angeboten durch die vorgenannten Gesellschaften und deren Vertrieb. Zurich kann

im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an in- und ausländische Gesellschaften der Zurich Insurance Group AG zur Bearbeitung weiterleiten.

Sofern ein Makler oder Vermittler für den Versicherungsnehmer bzw. Zurich handelt, ist Zurich ermächtigt, diesem für die vorgenannten Zwecke Kundendaten, nicht aber Gesundheitsdaten bekannt zu geben.

Die unterzeichneten Personen nehmen ferner zur Kenntnis, dass Zurich Dritte sowie andere Gesellschaften der Zurich Insurance Group AG, insbesondere im Zusammenhang mit der umfassenden oder teilweisen Auslagerung von Geschäftsbereichen und Dienstleistungen (z.B. Vertragsverwaltung, Zahlungsverkehr, Inkasso, IT) mit der Bearbeitung der Daten, inklusive besonders schützenswerter Daten, beauftragen kann. Dritte und Auftragnehmer (innerhalb und ausserhalb der Zurich Insurance Group AG) können in der Schweiz oder im Ausland ansässig sein. Erfolgt dabei eine Übermittlung der Daten in Länder, in denen eine Gesetzgebung für einen angemessenen Schutz der Daten fehlt, so gewährleistet Zurich durch hinreichende Garantien den Schutz der Daten.

Ferner wird Zurich ermächtigt, bei Stellen und weiteren Dritten im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss, der Vertragsabwicklung oder einem allfälligen Versicherungsfall sachdienliche Auskünfte einzuholen und die Daten zur Erfüllung regulatorischer oder gesetzlicher Pflichten oder zur Wahrung berechtigter Interessen offenzulegen. Insbesondere ermächtigt die zu versichernde Person mit ihrer Unterschrift die behandelnden Ärzte, Spitäler und sonstige Drittpersonen, Zurich bzw. deren medizinischen Dienst alle im Zusammenhang mit dem Versicherungsantrag und der Vertragsabwicklung erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Sie entbindet zu diesem Zwecke diese Personen ausdrücklich von der Geheimhaltungspflicht. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages. Die unterzeichneten Personen haben das Recht, bei Zurich über die Bearbeitung der sie betreffenden Daten die gesetzlich vorgesehenen Auskünfte zu verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer (VN)

Unterschrift gesetzlicher Vertreter des versicherten Kindes

Unterschrift mitversicherter Erwachsener

Unterschrift der Mutter (bis zum 2. Geburtstag des Kindes)

Unterschrift des Kindes ab Alter 14

Beistand und Kindes-/Erwachsenenschutzbehörde (Unterschrift, Stempel, Name, Adresse)

Anträge von Personen unter Beistandschaft sind vom Beistand und der Kindes-/Erwachsenenschutzbehörde mit zu unterzeichnen.

Erklärungen und Unterschrift des Beraters

Ich bestätige, dass ich die Identitätsprüfung korrekt durchgeführt habe.

Ort, Datum

Name und Vorname (Blockschrift)

Unterschrift

Zürich Lebensversicherungs-Gesellschaft AG
Postfach, 8085 Zürich
Telefon 0800 80 80 80, www.zurich.ch
