

Reaktivierungsmeldung

Betrieb Nr. _____
Vertrag Nr. _____ /

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

Versicherte Person	Name	Vorname	AHV-Nummer	
	
	Strasse, PLZ und Ort	Geburtsdatum	Geschlecht	
	
			<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Zivilstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	Telefonnummer	
	<input type="checkbox"/> verheiratet seit	<input type="checkbox"/> in eingetragener Partnerschaft	
	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> in durch Tod aufgelöster Partnerschaft	E-Mail	
		<input type="checkbox"/> in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft	

Angaben über das Vorsorgeverhältnis

Planvariante

Plan SFF «Familie» Plan SFS «Single»

Der Beitragssatz für die Risikoversicherung und die Verwaltungskosten beträgt (in % des gemeldeten Jahreslohnes):

Plan SFS «Single»	Frauen und Männer 4,2 %
Plan SFF «Familie»	Frauen und Männer 3,8 %

Darüber hinausgehende Beiträge werden dem Alterskonto gutgeschrieben.

Versicherung

Beginn der Versicherung

.....

Bei der vfa zu versichernder Jahreslohn für Todesfall- und Invaliditätsversicherung (fixe Beträge gemäss a-e oder frei wählbarer Betrag gemäss f, im Minimum CHF 10'000.–)

a) <input type="checkbox"/> CHF 10'000.–
b) <input type="checkbox"/> CHF 20'000.–
c) <input type="checkbox"/> CHF 30'000.–
d) <input type="checkbox"/> CHF 40'000.–
e) <input type="checkbox"/> CHF 50'000.–
f) <input type="checkbox"/> CHF

– Sollte in etwa dem mutmasslichen Einkommen entsprechen, das Sie erwirtschaften (exkl. Einkommen, das bereits andernorts versichert ist).

– Der gemeldete Jahreslohn kann jeweils auf den Jahresanfang angepasst werden.

Arbeitsfähigkeit Die Ergänzung zur Anmeldung ist immer auszufüllen.

Beitragszahlung

Für den Freischaffenden werden die Beiträge von den verschiedenen Arbeitgebern vierteljährlich nachschüssig der Vorsorgestiftung überwiesen.

Der Selbstständigerwerbende zahlt seine Beiträge selber ein.

Reichen die eingegangenen Beiträge nicht aus, um den Risikobeitrag für die Versicherung des gemeldeten Lohnes zu begleichen, wird ein allfälliger Restbetrag dem Freischaffenden/Selbstständigerwerbenden in Rechnung gestellt. Wird dieser nicht beglichen, kann die Vorsorgestiftung den Vorsorgeschutz 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 Reglements der Vorsorgestiftung massgebend.

Unterschrift Datum Unterschrift der versicherten Person

Senden an vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur

Ergänzung zur Anmeldung

Betrieb Nr. _____
 Vertrag Nr. _____ /

Versicherte Person

Name	Vorname	AHV-Nummer	
Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Aktuelle Erwerbstätigkeit			
Grösse (cm)		Gewicht (kg)	

Fragen zur Gesundheit Diese beziehen sich auf **die letzten 5 Jahre**. 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Liegt eine IV-Verfügung vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche	Seit wann	geheilt nicht geheilt
			<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Welche	Von wann bis wann	geheilt nicht geheilt
			<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		
	Welche	Von wann bis wann	geheilt nicht geheilt
			<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
	Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		
	Welche	Von wann bis wann	geheilt nicht geheilt
			<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 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
..... Ärzte/Spitäler(Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Weshalb	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
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
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
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
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
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
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
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
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
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 vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur