

Anmeldung

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort*

1* Versichertennummer	2* Name Geburtsdatum	Vorname Geschlecht	3* Jahreslohn CHF	4* Versicherungs- beginn Tag Monat Jahr	5 Zivilstand	6 Andere Sprache für Persönlichen Ausweis	7* voll arbeits- fähig Ja Nein	8 Zusatzangaben, sofern nötig (Kategorie, Beschäftigungs- grad bei Teilzeit- beschäftigten, Unterstützungs- pflicht usw.)
	N.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	N.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	N.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	N.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	N.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	N.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	N.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	N.	V. G. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Kolonne 5

Zivilstand:
 1 = ledig
 2 = verheiratet
 3 = verwitwet
 4 = geschieden
 5 = in eingetragener Partnerschaft
 6 = in durch Tod aufgelöster Partnerschaft
 7 = in gerichtlich aufgelöster Partnerschaft

Kolonne 6

Andere Sprache für Persönlichen Ausweis:
 2 = französisch
 3 = italienisch
 4 = englisch

Bemerkungen

Versicherungsschutz

Wir haben davon Kenntnis genommen, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der nebenstehenden Erklärung abhängt und dass die AXA bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann. Näheres zum Versicherungsschutz siehe [Erläuterungen zur Anmeldung](#).

Arbeitsfähigkeit

Für Personen, die in Kolonne 7 als nicht voll arbeitsfähig gekennzeichnet sind, reichen wir das Formular [«Ergänzung zur Anmeldung»](#) ein (für die Umschreibung der Arbeitsfähigkeit siehe [Erläuterungen zur Anmeldung](#)).

Wir bestätigen, dass die mit Ja gekennzeichneten Personen bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig sind.

Unterschrift Datum

Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber

*Zwingende Angabe

Erläuterungen zur Anmeldung

Arbeitsfähigkeit

Als nicht voll arbeitsfähig gilt eine Person, die bei Versicherungsbeginn

- aus gesundheitlichen Gründen ganz oder teilweise der Arbeit fernbleiben muss,
- Taggelder infolge von Krankheit oder Unfall bezieht,
- bei einer staatlichen Invalidenversicherung angemeldet ist,
- eine Rente wegen vollständiger oder teilweiser Invalidität bezieht,
- aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entsprechend voll beschäftigt werden kann.

Alle übrigen Personen gelten als voll arbeitsfähig.

Formular «Ergänzung zur Anmeldung»

Für die nicht voll arbeitsfähige Person gemäss oben stehender Umschreibung ist das Formular «Ergänzung zur Anmeldung» einzureichen.

Eine «Ergänzung zur Anmeldung» ist ausserdem einzureichen für Personen, deren anfänglich oder bei einer Änderung zusätzlich zu versichernde Leistungen bestimmte Grenzen überschreiten. Die unter diese Regelung fallenden Personen teilen wir Ihnen mit.

Bei Bedarf kann ferner eine Auskunft bei einem Arzt eingeholt oder eine ärztliche Untersuchung verlangt werden. Die daraus entstehenden Kosten übernehmen wir.

Verweigert die versicherte Person ihre Mitwirkung im Rahmen der Gesundheitsprüfung, so werden die Leistungen für die Risiken Invalidität und Tod auf die im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vorgesehenen Mindestleistungen beschränkt.

Versicherungsschutz

Der Versicherungsschutz ist **definitiv und ohne Vorbehalt** für diejenigen Personen, für welche keine «Ergänzung zur Anmeldung» nötig ist.

Für die übrigen Personen ist der Versicherungsschutz **definitiv und ohne Vorbehalt** für

- die Mindestleistungen gemäss BVG (sofern versichert),
- die mit einer eingebrachten Freizügigkeitsleistung erworbenen Leistungen, soweit sie bei der früheren Vorsorgeeinrichtung ohne Vorbehalt versichert waren.

Für die übrigen Leistungen ist der Versicherungsschutz vorerst nur **provisorisch**. Wir teilen Ihnen schriftlich mit, ob der Versicherungsschutz normal oder mit einem Vorbehalt (Einschränkung) gilt oder ob der Versicherungsschutz ausgeschlossen wird.

Gesamtheit der Vorsorgeverhältnisse

Die versicherte Person muss jede ihrer Vorsorgeeinrichtungen über die Gesamtheit ihrer Vorsorgeverhältnisse informieren, sofern die Summe aller ihrer AHV-beitragspflichtigen Löhne und Einkommen das Zehnfache des oberen BVG-Grenzbetrages übersteigt.

Ergänzung zur Anmeldung

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte Person

Name	Vorname	Versichertennummer	
Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
Aktuelle Erwerbstätigkeit		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
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? Falls eine IV-Verfügung vorliegt, legen Sie diese bitte bei. Ansonsten bitte Abrechnungen der Krankentaggeld- oder Unfallversicherung beilegen, falls vorhanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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
.....		<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 keinem normalen Ergebnis 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 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 versicherte Person