

# Anmeldung

Vertrag Nr. .... / .....

Arbeitgeber Name und Ort\*

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

**Kolonne 4\***  
V = Versicherungsbeginn  
(nur ausfüllen, wenn nicht  
gleich Beginn Arbeitsver-  
hältnis)  
A = Beginn Arbeitsverhältnis

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

**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 voll arbeitsfähig sind.**

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.

Für Selbständigerwerbende ist das Formular in jedem Fall 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 kann die Stiftung für die Risiken Invalidität und Tod einen Leistungsausschluss anbringen. Die Dauer des Leistungsausschlusses beträgt maximal fünf Jahre.

## 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.

Für jede betroffene versicherte Person ist zusätzlich das Formular «Erklärung über weitere Vorsorgeverhältnisse» einzureichen.

# Ergänzung zur Anmeldung

Vertrag Nr. .... / .....

**Arbeitgeber** Name und Ort

**Versicherte Person** Name Vorname Versichertennummer

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

m  w

Berufliche Tätigkeit

**Fragen zur Gesundheit** 1 Waren Sie bei Versicherungsbeginn (bei Leistungserhöhung im Zeitpunkt der Änderung) ganz oder teilweise **arbeitsunfähig**? (Falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen.)  Ja  Nein

Wir bitten Sie, uns folgende Gesundheitsfragen zu beantworten

2 Bestehen bei Ihnen zur Zeit irgendwelche gesundheitlichen Störungen oder Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens?  Ja  Nein

3 Benötigen Sie regelmässig Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher oder medizinischer Behandlung oder Beobachtung?  Ja  Nein

4 Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck, Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre, Geschwülste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes, Nieren-, Magen-, Galle- oder Lebererkrankungen, Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen- oder Gehörleiden oder andere hier nicht aufgeführte Krankheiten oder Störungen?  Ja  Nein

5 Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalls mehr als 4 Wochen ganz oder teilweise aussetzen?  Ja  Nein

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**)?  Ja  Nein

**Falls Sie eine der obigen Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:**

Frage Nr.	von wann bis wann	Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Ergebnis*	
			1	2
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zudem bitte vollständige Adresse von behandelnden Ärzten und Spitälern (Arzt/Abteilung) angeben

Zudem bitte vollständige Adresse von behandelnden Ärzten und Spitälern (Arzt/Abteilung) angeben

Zudem bitte vollständige Adresse von behandelnden Ärzten und Spitälern (Arzt/Abteilung) angeben

\*1 = geheilt/alles in Ordnung/Behandlung abgeschlossen 2 = nicht geheilt/nicht in Ordnung/in Behandlung oder Kontrolle

**Bemerkungen**

**Zusatzangaben bei Stellenwechsel** Waren Sie bei Ihrem letzten Arbeitgeber im Rahmen einer beruflichen Vorsorge versichert? Wenn Ja, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Firma oder Vorsorgeeinrichtung (Name, Strasse, PLZ und Ort)

Versicherungs-Gesellschaft

**Erklärung** Ich ermächtige Ärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Chiropraktiker und Spitälern sowie meine bisherige Vorsorgeeinrichtung, dem ärztlichen Dienst der AXA im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen.

Ich nehme davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und dass die AXA bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann.

Datum Unterschrift versicherte Person