



# Ergänzung zur Anmeldung

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte Person

Name Vorname Versichertennummer

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

Aktuelle Erwerbstätigkeit  m  w

Erreichbar unter E-Mail-Adresse Privat Telefon Nr.

Grösse (cm) Gewicht (kg)

Fragen zur Gesundheit

Diese beziehen sich auf die letzten 5 Jahre vor Versicherungsbeginn oder vor dem Zeitpunkt der Leistungserhöhung. 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?  Ja  Nein

Liegt eine IV-Verfügung vor?  Ja  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?  Ja  Nein

Welche Seit wann geheilt nicht geheilt

1\*  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-) Drüsen-Störungen, Schlaganfall, Wirbelsäulenbeschwerden, Zuckerkrankheit oder andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten, Symptome oder Störungen?  Ja  Nein

Welche Von wann bis wann geheilt nicht geheilt

1\*  2\*

Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

Welche Von wann bis wann geheilt nicht geheilt

1\*  2\*

Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

Welche Von wann bis wann geheilt nicht geheilt

1\*  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 <b>keinem normalen Ergebnis</b> 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

**Senden an** AXA Leben AG  
Postfach 300  
8401 Winterthur