

[Reset](#)[Print](#)

Anmeldung

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort*

1*	2*		3*	4*	5*	6	7	8*	9
Versichertennummer	Name	Vorname	Wohnsitzstaat	Jahreslohn	Versicherungsbeginn	Zivilstand	Andere Sprache für Persönlichen Ausweis	voll arbeitsfähig	Zusatzangaben, sofern nötig (Kategorie, Beschäftigungsgrad bei Teilzeitbeschäftigten, Unterstützungspflicht usw.)
	Geburtsdatum	Geschlecht			Beginn Arbeitsverhältnis			Ja Nein	
					Tag Monat Jahr				
	N.	V.			V.			☐ Ja ☐ Nein	
	G.	G. ☐ m ☐ w			A.			☐ ☐	
	N.	V.			V.			☐ ☐	
	G.	G. ☐ m ☐ w			A.			☐ ☐	
	N.	V.			V.			☐ ☐	
	G.	G. ☐ m ☐ w			A.			☐ ☐	
	N.	V.			V.			☐ ☐	
	G.	G. ☐ m ☐ w			A.			☐ ☐	
	N.	V.			V.			☐ ☐	
	G.	G. ☐ m ☐ w			A.			☐ ☐	

Kolonne 3
Bitte Ländercode einfügen**Kolonne 5**
V = Versicherungsbeginn
(nur ausfüllen, wenn nicht gleich Beginn Arbeitsverhältnis)
A = Beginn Arbeitsverhältnis**Kolonne 6**
Zivilstand:
1 = ledig
2 = verheiratet
3 = verwitwet
4 = geschieden**Kolonne 7**
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 8 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.

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.

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 BPVG (sofern versichert).

Für die übrigen Leistungen ist der Versicherungsschutz vorerst nur **provisorisch**. Wir teilen Ihnen schriftlich mit, ob der Versicherungsschutz normal oder mit einem Vorbehalt (Einschränkung) gewährt werden kann. Mit dieser Mitteilung ist der Versicherungsschutz dann definitiv.

Bitte füllen Sie dieses Formular
nur aus, wenn die Person nicht
voll arbeitsfähig ist!



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 arbeitsfähig?	☐ 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-) Drüsenstörungen, 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?			☐ Ja ☐ Nein
Weshalb Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)	Von wann bis wann	geheilt nicht geheilt ☐ 1* ☐ 2*	
Weshalb Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			geheilt nicht geheilt ☐ 1* ☐ 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?			☐ Ja ☐ Nein
Weshalb stehen oder standen Sie in Behandlung/Kontrolle Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)	Von wann bis wann	geheilt nicht geheilt ☐ 1* ☐ 2*	
Welche Medikamente usw. Welche Medikamente usw. Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			Von wann bis wann Wie viel pro Woche 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)?			☐ Ja ☐ Nein
Welche Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)	Wann	geheilt nicht geheilt ☐ 1* ☐ 2*	
Welche Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			Wann geheilt nicht geheilt ☐ 1* ☐ 2*
7. Haben Sie sich einer Operation unterzogen (ambulant oder stationär) oder ist eine solche vorgesehen/empfohlen?			☐ Ja ☐ Nein
Welche Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)	Wann	geheilt nicht geheilt ☐ 1* ☐ 2*	
Welche Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)			Wann geheilt nicht geheilt ☐ 1* ☐ 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
bei Stellenwechsel

Waren Sie bei Ihrem letzten Arbeitgeber im Rahmen einer beruflichen Vorsorge versichert?

☐ Ja

☐ Nein

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