



Anmeldung

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort*

1*	2*		3*		4*	5*	6*	7*			8	9	10*		11
Name	Geburtsdatum		Geschlecht		Nationalität	Tätigkeitsland	Jahreslohn CHF	Versicherungsbeginn			Zivilstand	Andere Sprache für Persönlichen Ausweis	voll arbeitsfähig		Zusatzangaben, sofern nötig (Kategorie, Beschäftigungsgrad bei Teilzeitbeschäftigten, Unterzungspflicht usw.)
Vorname	Tag	Monat	Jahr	männlich	weiblich			Tag	Monat	Jahr			Ja	Nein	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			V.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			V.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			V.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			A.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bemerkungen

Versicherungsschutz

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

Arbeitsfähigkeit

Für Personen, die in Kolonne 10 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.

Kolonne 4 und 5
Bitte Ländercode einfügen

Kolonne 7

V = Versicherungsbeginn (nur ausfüllen, wenn nicht gleich Beginn Arbeitsverhältnis)
A = Beginn Arbeitsverhältnis

Kolonne 8

Zivilstand:
1 = ledig
2 = verheiratet
3 = verwitwet
4 = geschieden

Kolonne 9

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

Meldende Person
im Auftrag des
Arbeitgebers

Datum	Name	Vorname
E-Mail-Adresse		

* 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 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.

Formular CRS-I «Selbstauskunft über Steueransässigkeit einer Einzelperson»

Die «Rofenberg» Stiftung für Personalvorsorge untersteht dem automatischen Informationsaustausch (AIA). Alle versicherten Personen, inklusiv deren Stand des Altersguthabens sowie Auszahlungen im Leistungsfall werden der Steuerverwaltung Fürstentum Liechtenstein gemeldet.

Jede versicherte Person ist verpflichtet bei Anmeldung und Austritt das Formular CRS-I der AXA Leben AG zuzustellen. Allfällige zukünftige Änderungen in Bezug auf neuer Entsendung/Aufenthaltsland resp. neuer Steueransässigkeit sind mittels CRS-I Formular unverzüglich der AXA Leben AG zu melden.



CRS - I/

Vertrags – Nr. _____

FORMULAR für die Selbstauskunft über die Steueransässigkeit einer Einzelperson (bitte füllen Sie Teil 1–3 aus)

Bevor Sie das untenstehende Formular ausfüllen, lesen Sie bitte die Anweisungen ab Seite 3.

Teil 1: Identifikation eines einzelnen Kontoinhabers

A. Name des Kontoinhabers (versicherte Person / anspruchsberechtigte Person):

Nachname(n): _____

Vorname(n): _____

B. Derzeitige Wohnadresse

Strasse, Hausnummer: _____

Land: _____

PLZ / Ort: _____

C. Postadresse: (bitte nur ausfüllen, wenn andere Adresse als unter Punkt B oben angegeben)

Strasse, Hausnummer: _____

Land: _____

PLZ / Ort: _____

D. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

E. Geburtsort

Ort _____

Land _____

Nationalität _____

Teil 2: Land der Steueransässigkeit

Bitte füllen Sie die nachstehende Tabelle aus und geben Sie an, wo der Kontoinhaber steueransässig ist. Geben Sie zudem für jedes aufgeführte Land die Steueridentifikationsnummer (TIN, Tax Identification Number) oder vergleichbare Nummer des Kontoinhabers an.

	Land der Steueransässigkeit	Steueridentifikationsnummer (TIN)	Wenn keine TIN vorhanden, tragen Sie bitte Grund A, B oder C* ein
1			
2			
3			



*Wenn keine TIN vorhanden ist, geben Sie bitte den entsprechenden Grund A, B oder C gemäss unten an:

Grund A: Das Land, in dem der Kontoinhaber steuerpflichtig ist, gibt für seine Einwohner keine TINs heraus.

Grund B: Der Kontoinhaber ist aus anderen Gründen nicht in der Lage, eine TIN oder entsprechende Nummer zu erhalten. (Wenn Sie diesen Grund gewählt haben, erklären Sie bitte in der untenstehenden Tabelle, warum Sie nicht in der Lage sind, eine TIN zu erhalten.)

Grund C: Eine TIN ist nicht erforderlich. (Anmerkung: Wählen Sie diesen Grund nur, wenn die Behörden im oben angegebenen Land der Steueransässigkeit nicht verpflichtet sind, die TIN mitzuteilen.)

Wenn Sie oben **Grund B** gewählt haben, geben Sie bitte in den nachstehenden Feldern an, warum Sie nicht in Lage sind, eine TIN zu erhalten.

1	
2	
3	

Teil 3: Erklärungen und Unterschrift

Ich bestätige, dass alle in dieser Erklärung gemachten Angaben nach meinem besten Wissen und Gewissen richtig und vollständig sind.

Ich verpflichte mich, die **AXA Leben AG** innerhalb von **30** Tagen über alle Veränderungen, die sich auf den Status der Steueransässigkeit der in Teil 1 dieses Formulars identifizierten Person auswirken könnten oder die dazu führen, dass die hierin enthaltenen Angaben unrichtig werden, zu unterrichten und der **AXA Leben AG** eine angemessen aktualisierte Selbstauskunft und Erklärung innerhalb von **30** Tagen nach Eintreten dieser Veränderungen zuzustellen.

Unterschrift:

Name in Blockschrift:

Datum:

Anmerkung: Wenn Sie nicht selber der Kontoinhaber sind, geben Sie bitte an, in welcher Funktion Sie das Formular unterzeichnen. Wenn Sie mittels Vollmacht unterzeichnen, fügen Sie bitte auch eine beglaubigte Kopie der Vollmacht bei.

Funktion:



ANWEISUNGEN

Teil 1–2:

Die «**Rofenberg**» Stiftung für Personalvorsorge ist gemäss den **Vorschriften im Rahmen des Common Reporting Standard (CRS) der OECD sowie der Rechtsgrundlagen im Fürstentum Liechtenstein über den internationalen automatischen Informationsaustausch in Steuersachen (AIA-Gesetz)** verpflichtet, bestimmte Informationen über die Steueransässigkeit eines Kontoinhabers zu erfassen und zu melden und nimmt diese Verpflichtungen durch die AXA Leben AG als Stifterin wahr. Jeder Staat besitzt seine eigenen Bestimmungen zur Festlegung der Steueransässigkeit. In der Regel ist die Steueransässigkeit mit dem Land identisch, in dem Sie leben. Unter besonderen Umständen (z. B. Auslandsstudium, Erwerbstätigkeit im Ausland oder längere Reisetätigkeit) kann es jedoch sein, dass Sie in einem anderen Land oder in mehreren Ländern gleichzeitig (doppelter Wohnsitz) ansässig sind. Vermutlich ist das Land (sind die Länder), in dem (denen) Sie Ihre Einkommenssteuer bezahlen, zugleich auch das Land (die Länder) Ihrer Steueransässigkeit. Für weitere Informationen über Ihre Steueransässigkeit wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater oder folgen Sie diesem Link: [AIA-Website der OECD](#).

Wenn sich Ihre Steueransässigkeit (oder die Steueransässigkeit des Kontoinhabers, wenn Sie das Formular in dessen Namen ausfüllen) **ausserhalb des Fürstentums Liechtenstein** befindet, ist es möglich, dass wir gesetzlich verpflichtet sind, die Angaben auf diesem Formular sowie weitere finanzielle Informationen, die Ihre Finanzkonten betreffen, an **die Steuerverwaltung Fürstentum Liechtenstein** weiterzugeben.

Definitionen dazu, wer als Kontoinhaber gilt, wie auch zu anderen Begriffen finden Sie im Anhang.

Dieses Formular bleibt gültig, solange keine Änderungen der Umstände, die sich auf den steuerlichen Status des Kontoinhabers beziehen oder andere Pflichtfelder dieses Formulars betreffen, eintreten. Im Falle einer Änderung der Umstände, welche die Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit dieses Formulars zur Folge hat, sind Sie verpflichtet, uns diese mitzuteilen und uns eine aktualisierte Selbstauskunft zuzustellen.

Dieses Formular dient nur der Erfassung von Informationen, deren Erfassung nicht durch lokale Gesetze untersagt ist.

Wenn Sie gemäss den Bestimmungen des US-amerikanischen Internal Revenue Service (IRS) eine US-Person sind, müssen Sie unter Umständen auch das Formular IRS W-9 ausfüllen.

Wenn Sie dieses Formular im Namen einer anderen Person ausfüllen, teilen Sie uns bitte in Teil 3 mit, in welcher Funktion Sie es unterzeichnen. Beispielsweise könnten Sie der Verwalter oder Nominee eines Kontos des Kontoinhabers sein oder Sie könnten das Formular im Rahmen einer Vollmacht ausfüllen.

Als Finanzinstitut dürfen wir keine steuerliche Beratung erteilen.

Sollten Sie Fragen zu diesem Formular, diesen Anweisungen oder zur Festlegung Ihres Steueransässigkeitsstatus haben, wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater oder die Steuerbehörde in Ihrem Land.

Weitere Informationen, einschliesslich einer Liste der Staaten, die Abkommen über den automatischen Informationsaustausch unterzeichnet haben, sowie nähere Einzelheiten zu den verlangten Angaben, finden Sie auf der [Website der OECD über den automatischen Informationsaustausch](#).

Teil 3

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Formular enthaltenen Angaben zum Kontoinhaber und zum meldepflichtigen Konto (zu den meldepflichtigen Konten) den Steuerbehörden des Landes, in dem das Konto (die Konten) geführt wird (werden), gemeldet und gemäss den Regierungsabkommen über den Austausch von Kontoinformationen an die Steuerbehörden eines anderen Landes oder anderer Länder weitergegeben werden dürfen, in dem (denen) der Kontoinhaber steueransässig sein könnte.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich der Kontoinhaber des (aller) in diesem Formular genannten Kontos (Konten) bin (oder berechtigt bin, für den Kontoinhaber in Bezug auf alle in diesem Formular genannten Konten zu unterzeichnen).



Anhang: Definitionen

Anmerkung: Die nachfolgenden Definitionen sollen Sie beim Ausfüllen dieses Formulars unterstützen. Weitere Einzelheiten finden Sie im Common Reporting Standard for Automatic Exchange of Financial Account Information (CRS) der OECD, im entsprechenden Kommentar zum CRS sowie in Leitfäden der einzelnen Länder. Dies finden Sie unter folgendem Link: [OECD](#).

Wenn Sie Fragen haben, wenden sie sich bitte an Ihren Steuerberater oder die Steuerbehörde in Ihrem Land.

«Kontoinhaber» («Account Holder»)

Der Kontoinhaber ist diejenige Person, welche über ihren Arbeitgeber bei der «Rofenberg» Stiftung für Personalvorsorge versichert ist. Der Kontoinhaber wird auch versicherte Person genannt. Für diese Person wird ein individuelles Altersvorsorgekonto/ Freizügigkeitskonto als meldepflichtiges Konto geführt. Im Leistungsfall gilt als Kontoinhaber jede anspruchsberechtigte Person.

«Finanzkonto» («Financial Account»)

Ein Finanzkonto ist ein Konto, das von einem Finanzinstitut geführt wird. Dazu zählen: Einlagenkonten, Depots, Eigen- und Fremdkapitalbeteiligungen an bestimmten Anlageunternehmen, rückkaufsfähige Versicherungsverträge und Rentenversicherungsverträge.

«Teilnehmender Staat» («Participating Jurisdiction»)

Der Begriff «teilnehmender Staat» bezeichnet einen Staat, mit dem ein Abkommen besteht, nach dem dieser Staat die im CRS genannten Informationen für den automatischen Informationsaustausch über Finanzkonten übermitteln wird.

«Meldepflichtiges Konto» («Reportable Account»)

Der Begriff «meldepflichtiges Konto» bezeichnet ein Konto, das von einer oder mehreren meldepflichtigen Personen oder von einem passiven NFE mit einer oder mehreren beherrschenden Personen, bei denen es sich um meldepflichtige Personen handelt, geführt wird.

«Meldepflichtiger Staat» («Reportable Jurisdiction»)

Ein meldepflichtiger Staat ist ein Staat, für den eine Pflicht zur Übermittlung von Informationen zu Finanzkonten besteht.

«Meldepflichtige Person» («Reportable Person»)

Eine meldepflichtige Person ist eine Person, die nach dem Steuerrecht eines meldepflichtigen Staates in diesem steueransässig ist. Personen mit doppelter Ansässigkeit können sich auf die in Steuerabkommen (falls anwendbar) enthaltenen «Tie-Breaker-Rules» stützen, mit denen ihre Ansässigkeit für steuerliche Zwecke bestimmt wird.

«TIN» (einschliesslich «funktionaler Entsprechung»)

Der Begriff «TIN» bezeichnet die Steueridentifikationsnummer oder eine funktionale Entsprechung, wenn keine TIN vorhanden ist. Eine TIN ist eine individuelle Kombination aus Buchstaben oder Ziffern, die einer natürlichen Person oder einem Rechtsträger von einem Staat zugeteilt wird und dazu verwendet wird, die natürliche Person oder den Rechtsträger zu Zwecken des Vollzugs der Steuergesetze des betreffenden Landes zu identifizieren. Weitere Einzelheiten zu anererkennungsfähigen TINs sind unter dem folgenden Link zu finden: [OECD-Website](#).

Einige Staaten geben keine TIN aus. Allerdings verwenden diese Staaten häufig eine andere Nummer mit hoher Datensicherheit, die ein gleichwertiges Identifizierungsniveau bietet (eine «funktionale Entsprechung»). Zu den Beispielen dieser Art von Nummern zählen für Personen eine Sozialversicherungs- oder Versichertennummer, Bürger- oder Personenidentifikationsnummer, ein Leistungscode, eine Leistungsnummer oder eine Einwohnerregistrierungsnummer

Ergänzung zur Anmeldung

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte Person

Name Vorname Nationalität
Strasse, PLZ, Ort und Land Geburtsdatum Geschlecht
Aktuelle Erwerbstätigkeit Tätigkeitsland 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 Krankentagegeld- 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? Ja Nein

Weshalb _____ Von wann bis wann _____ geheilt nicht geheilt

..... 1* 2*

Ärzte/Spitäler(Name und Adresse)

Weshalb _____ Von wann bis wann _____ geheilt nicht geheilt

..... 1* 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? Ja Nein

Weshalb stehen oder standen Sie in Behandlung/Kontrolle _____ Von wann bis wann _____ geheilt nicht geheilt

..... 1* 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

..... 1* 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)? Ja Nein

Welche _____ Wann _____ geheilt nicht geheilt

..... 1* 2*

Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

.....

Welche _____ Wann _____ geheilt nicht geheilt

..... 1* 2*

Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

.....

7. Haben Sie sich einer Operation unterzogen (ambulant oder stationär) oder ist eine solche vorgesehen/empfohlen? Ja Nein

Welche _____ Wann _____ geheilt nicht geheilt

..... 1* 2*

Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

.....

Welche _____ Wann _____ geheilt nicht geheilt

..... 1* 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.

Steuerpflicht Die versicherte Person bestätigt hiermit, dass sie für die Steuermeldungen an die entsprechende Steuerbehörde ebenso wie für die Zahlung aller Steuerverpflichtungen, welche aus einem Leistungsbezug resultieren, alleine verantwortlich ist.

Unterschrift Datum Unterschrift

Senden an AXA Leben AG
Postfach 300
8401 Winterthur