

Ergänzung zur Anmeldung

Betrieb Nr. _____
 Vertrag Nr. _____ / _____

Versicherte Person

Name	Vorname	AHV-Nummer	
Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Aktuelle Erwerbstätigkeit			
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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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?	<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
..... Ärzte/Spitäler(Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Weshalb	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 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?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weshalb stehen oder standen Sie in Behandlung/Kontrolle	Von wann bis wann	geheilt	nicht geheilt
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
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
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
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
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
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
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 2*
Welche	Wann	geheilt	nicht geheilt
..... Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/> 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 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 der versicherten Person

Senden an vorsorgestiftung film und audiovision
Durchführungsstelle
Postfach 300
8401 Winterthur