

Ergänzung zur Anmeldung

Betrieb Nr. _____
 Vertrag Nr. _____ / _____

Versicherte Person	Name	Vorname	Versichertennummer
	Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum
	Aktuelle Erwerbstätigkeit		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w

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? (Falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	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 _____ Ärzte/Spitäler (Name und Adresse) _____	Status heute <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> nicht geheilt
	Welche _____ Seit wann _____ Ärzte/Spitäler (Name und Adresse) _____	Status heute <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> nicht geheilt
	3. Grösse (cm) Gewicht (kg) _____	
	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 _____ Ärzte/Spitäler(Name und Adresse) _____	Status heute <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> nicht geheilt
	Weshalb _____ Von wann bis wann _____ Ärzte/Spitäler (Name und Adresse) _____	Status heute <input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> nicht geheilt

5. 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, (Schil-) Drüsen-Störungen, Schlaganfall, Wirbelsäulenbeschwerden, Zuckerkrankheit oder andere, hier nicht aufgeführte Krankheiten, Symptome oder Störungen? Ja Nein

Welche	Von wann bis wann	Status heute
.....	<input type="checkbox"/> geheilt
Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> nicht geheilt

Welche	Von wann bis wann	Status heute
.....	<input type="checkbox"/> geheilt
Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> nicht geheilt

Welche	Von wann bis wann	Status heute
.....	<input type="checkbox"/> geheilt
Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> nicht geheilt

6. 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	Status heute
.....	<input type="checkbox"/> geheilt
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> nicht geheilt

Welche Medikamente usw.	Von wann bis wann	Wie viel pro Woche
.....

Weshalb stehen oder standen Sie in Behandlung/Kontrolle	Von wann bis wann	Status heute
.....	<input type="checkbox"/> geheilt
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> nicht geheilt

Welche Medikamente usw.	Von wann bis wann	Wie viel pro Woche
.....

7. 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	Status heute
.....	<input type="checkbox"/> geheilt
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> nicht geheilt

Welche	Wann	Status heute
.....	<input type="checkbox"/> geheilt
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		<input type="checkbox"/> nicht geheilt

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

Welche _____ Wann _____ Status heute
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse) _____
 geheilt
 nicht geheilt

Welche _____ Wann _____ Status heute
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse) _____
 geheilt
 nicht geheilt

9. Welcher Arzt (auch Chiropraktor, Psychotherapeut) ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse orientiert?

Name _____ Vorname _____ PLZ und Ort _____

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