

Anmeldung Festangestellte

Vertrag Nr. /

Arbeitgeber Name und Ort

Versicherte Person

Name Vorname Versichertennummer (AHV Nummer)

Telefonnummer E-Mail

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

m w

Beruf Funktion

- Zivilstand**
- ledig geschieden
 verheiratet seit verwitwet
 eingetragene Partnerschaft seit durch Tod aufgelöste Partnerschaft
 gerichtlich aufgelöste Partnerschaft

Eintritt beim unterzeichneten Arbeitgeber Eintritt in die Vorsorgeeinrichtung

Name und Adresse des letzten Arbeitgebers

**Angaben über das
Vorsorgeverhältnis**

Lohn
Voraussichtlicher AHV-Jahreslohn CHF Beschäftigungsgrad in %

Planvariante

Plan G Plan G1 Plan G2

**Übertragung
Freizügigkeits-
leistung**

- Die Freizügigkeitsleistung **wurde** von der bisherigen
Vorsorgeeinrichtung überwiesen an die Zürcher Kantonal-
bank AG, zugunsten IBAN CH38 0070 0114 8065 5197 8
der Charles Apothéloz-Stiftung in Zürich
- Die Freizügigkeitsleistung **wird** von der bisherigen
Vorsorgeeinrichtung überwiesen an die Zürcher Kantonal-
bank AG, zugunsten IBAN CH38 0070 0114 8065 5197 8
der Charles Apothéloz-Stiftung in Zürich

Arbeitsfähigkeit

Voll arbeitsfähig
 Ja Nein

Für Personen, die nicht voll arbeitsfähig sind, ist zwingend
das Formular «Ergänzung zur Anmeldung» auszufüllen.

Unterschrift

Die oben aufgeführten Angaben wurden geprüft und in Ord-
nung befunden.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Senden an

Charles Apothéloz-Stiftung
Yolanda Schweri
Kasernenstrasse 15
Postfach
8021 Zürich

Ergänzung zur Anmeldung

Vertrag Nr. /

Versicherte Person	Name	Vorname	Versichertennummer (AHV Nummer)	
	Strasse, PLZ und Ort		Geburtsdatum	Geschlecht
	Aktuelle Erwerbstätigkeit		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> 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 1* 2* Seit wann geheilt nicht geheilt

.....
 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 1* 2* Von wann bis wann geheilt nicht geheilt

.....
 Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

Welche 1* 2* Von wann bis wann geheilt nicht geheilt

.....
 Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

Welche 1* 2* Von wann bis wann geheilt nicht geheilt

.....
 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 keinem normalen Ergebnis 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 der versicherten Person

Senden an Charles Apothéloz-Stiftung
Yolanda Schweri
Kasernenstrasse 15
Postfach
8021 Zürich