

## Anmeldung Festangestellte

Vertrag Nr. /

**Arbeitgeber** Name und Ort

**Versicherte Person**

Name Vorname Versichertennummer (AHV Nummer)

Telefonnummer E-Mail

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

Beruf Funktion  m  w

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

Eintritt beim unterzeichneten Arbeitgeber

Name und Adresse des letzten Arbeitgebers

**Angaben über das**

**Lohn**

**Vorsorgeverhältnis**

Voraussichtlicher AHV-Jahreslohn CHF

Beschäftigungsgrad in %

**Planvariante**

Plan G  Plan G1  Plan G2

**Übertragung Freizügigkeitsleistung**

Die Freizügigkeitsleistung **wurde** von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung überwiesen auf Konto 85-785090-6 der AXA Leben AG, Vermerk «Charles Apothéloz-Stiftung»

Die Freizügigkeitsleistung **wird** von der bisherigen Vorsorgeeinrichtung überwiesen auf Konto 85-785090-6 der AXA Leben AG, Vermerk «Charles Apothéloz-Stiftung»

**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 Ordnung befunden.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

**Senden an**

Charles Apothéloz-Stiftung  
Yolanda Schweri  
Kasernenstrasse 15  
Postfach  
8021 Zürich

## Ergänzung zur Anmeldung

Vertrag Nr. /

<b>Versicherte Person</b>	Name	Vorname	Versichertennummer	
	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
..... 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 <b>keinem normalen Ergebnis</b> 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** Charles Apothéloz-Stiftung  
Yolanda Schweri  
Kasernenstrasse 15  
Postfach  
8021 Zürich