

# Meldung Ende des befristeten Arbeitsunterbruches

Vertrag Nr. .... / .....

von saisonal beschäftigten Personen (Wiederaufnahme der Arbeit)

## Ende des befristeten Arbeitsunterbruches

Teilen Sie uns zum Ende des befristeten Arbeitsunterbruches für alle Personen, für die Sie uns den Arbeitsunterbruch

gemeldet haben, die Wiederaufnahme der Arbeit mit diesem Formular mit.

Arbeitgeber Name und Ort\*

1 Versichertennummer*	2 Name*		3 Jahreslohn CHF*	4 Wiedereinstellung per*			5 voll arbeitsfähig*		6 Zusatzangaben, sofern nötig
	Geburtsdatum*	Vorname* Geschlecht*		Tag	Monat	Jahr	Ja	Nein	
.....	N.J.....	V.J.....	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G.J.....	G.J. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	N.J.....	V.J.....	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G.J.....	G.J. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	N.J.....	V.J.....	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G.J.....	G.J. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	N.J.....	V.J.....	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G.J.....	G.J. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	N.J.....	V.J.....	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G.J.....	G.J. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	N.J.....	V.J.....	.....				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.....	G.J.....	G.J. <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	.....				<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 AXA bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann. Näheres zum Versicherungsschutz siehe [Erläuterungen zur Anmeldung](#).

### Arbeitsfähigkeit

Für Personen, die in Kolonne 5 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 voll arbeitsfähig sind.**

Datum

Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber

\*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.

Verweigert die versicherte Person ihre Mitwirkung im Rahmen der Gesundheitsprüfung, so kann die Stiftung für die Risiken Invalidität und Tod einen Leistungsausschluss anbringen. Die Dauer des Leistungsausschlusses beträgt maximal fünf Jahre.

## 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 **definitiv und ohne Vorbehalt** für

- die Mindestleistungen gemäss BVG (sofern versichert),
- die mit einer eingebrachten Freizügigkeitsleistung erworbenen Leistungen, soweit sie bei der früheren Vorsorgeeinrichtung ohne Vorbehalt versichert waren.

Für die übrigen Leistungen ist der Versicherungsschutz vorerst nur **provisorisch**. Wir teilen Ihnen schriftlich mit, ob der Versicherungsschutz normal oder mit einem Vorbehalt (Einschränkung) gilt oder ob der Versicherungsschutz ausgeschlossen wird.

## Gesamtheit der Vorsorgeverhältnisse

Die versicherte Person muss jede ihrer Vorsorgeeinrichtungen über die Gesamtheit ihrer Vorsorgeverhältnisse informieren, sofern die Summe aller ihrer AHV-beitragspflichtigen Löhne und Einkommen das Zehnfache des oberen BVG-Grenzbetrages übersteigt.

Für jede betroffene versicherte Person ist zusätzlich das Formular «Erklärung über weitere Vorsorgeverhältnisse» einzureichen.

# Ergänzung zur Anmeldung

Vertrag Nr. .... / .....

**Arbeitgeber** Name und Ort

**Versicherte Person**

Name Vorname Versichertennummer

Strasse, PLZ und Ort Geburtsdatum Geschlecht

Aktuelle Erwerbstätigkeit  m  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?  Ja  Nein  
(Falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen.)

2. Bestehen bei Ihnen irgendwelche Gesundheitsstörungen oder Gesundheitsschädigungen bzw. Folgen eines Unfalles oder einer Krankheit?  Ja  Nein

Welche Seit wann Ergebnis\*  
 1\*  2\*  
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

Welche Seit wann Ergebnis\*  
 1\*  2\*  
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

3. Grösse (cm) Gewicht (kg)

4. Mussten Sie die Arbeit wegen Krankheit oder Unfall mehr als 2 Wochen ganz oder teilweise aussetzen?  Ja  Nein

Weshalb Von wann bis wann Ergebnis\*  
 1\*  2\*  
Ärzte/Spitäler(Name und Adresse)

Weshalb Von wann bis wann Ergebnis\*  
 1\*  2\*  
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)

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

Welche	Von wann bis wann	Ergebnis*
.....	.....	<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		

Welche	Von wann bis wann	Ergebnis*
.....	.....	<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		

Welche	Von wann bis wann	Ergebnis*
.....	.....	<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
Behandelnde Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		

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	Ergebnis*
.....	.....	<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	Ergebnis*
.....	.....	<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		

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	Ergebnis*
.....	.....	<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		

Welche	Wann	Ergebnis*
.....	.....	<input type="checkbox"/> 1* <input type="checkbox"/> 2*
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)		

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

Welche Wann Ergebnis\*  
.....  
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)  1\*  2\*

Welche Wann Ergebnis\*  
.....  
Ärzte/Spitäler (Name und Adresse)  1\*  2\*

9. 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  
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.

Datum Unterschrift  
.....