

# 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** bei Stellenwechsel 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

.....