

Angaben zum Arbeitgeber/Betrieb

Name	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
Betriebsnummer	

Angaben über die zu versichernde Person

Name		Geschlecht	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
Vorname		Geburtsdatum	
Strasse, Nr.		Sozialvers.-Nr.	
PLZ, Ort		Zivilstand	
Telefon Privat		Falls verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft lebend seit	
E-Mail			(amtliches Datum)

Datum des Versicherungsbeginns		Anz. Monatslöhne	
Brutto-Monatslohn (Arbeitnehmer)	CHF	<input type="checkbox"/> x12 <input type="checkbox"/> x13	
Beschäftigungsgrad			

Nur von selbständig Erwerbstätigen auszufüllen

Jahreseinkommen	CHF	
Datum der Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit		

Unterschrift Arbeitgeber

Ort und Datum

Unterschrift

Gesundheitsfragen: Von der zu versichernden Person auszufüllen

- Hatten Sie in den letzten 5 Jahren vor Versicherungsbeginn gesundheitliche Störungen, die zu einer vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Wochen führten, oder haben Sie gegenwärtig gesundheitliche Probleme?
 Ja Nein Wenn ja, welche?
- Sind Sie gegenwärtig oder periodisch in Behandlung oder Kontrolle bei einem Arzt, einem Psychotherapeuten oder einem Chiropraktiker?
 Ja Nein Wenn ja, bei wem? (Name und Adresse)
- Nehmen Sie regelmässig Medikamente zu sich?
 Ja Nein Wenn ja, welche?
Behandelnder/verordnender Arzt (Name und Adresse)
- Besteht ein Gesundheitsvorbehalt bei einer früheren Vorsorgeeinrichtung?
 Ja Nein Wenn ja, bitte Kopie beilegen.

5. Beziehen Sie Leistungen gemäss Eidg. IV, MVG, UVG, BVG, einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung, oder haben Sie Leistungen beantragt?

Ja Nein Wenn ja, von wem?

Invaliditätsgrad %

Jahresleistung CHF

Falls Sie eine der vorstehenden Fragen 1 bis 5 mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie, zusammen mit der Anmeldung das Formular «Erweiterte Gesundheitsprüfung» einzureichen. Falls Entscheide der unter Frage 5 genannten Versicherer vorliegen, bitten wir Sie, diese und allfällige Abrechnungen über Leistungsbezüge der Anmeldung beizulegen.

Erweiterte Gesundheitsprüfung

Das Formular «Erweiterte Gesundheitsprüfung» haben folgende versichernden Personen zusammen mit der Anmeldung einzureichen:

- Selbständig Erwerbstätige
- Arbeitnehmende mit einem AHV-Jahreslohn von mehr als CHF 120'000.

Die Pro Medico Stiftung behält sich vor, die Aufnahme von dieser erweiterten Gesundheitsprüfung oder von weiteren medizinischen Abklärungen abhängig zu machen.

Freizügigkeitsguthaben

Verfügen Sie über Freizügigkeitsguthaben aus früheren Vorsorgeeinrichtungen?

Ja Nein

Wenn Ja: Name / Adresse der bisherigen Vorsorge- bzw. Freizügigkeitskonten.

Verpfändung oder Vorbezug für Wohneigentum

Sind Ihre Ansprüche auf Vorsorgeleistungen (teilweise) verpfändet?

Ja Nein

Haben Sie Ihre Vorsorgeleistungen (teilweise) vorbezogen?

Ja Nein

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis/Akteneinsicht

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber Axa Leben AG und den zuständigen Stellen der Pro Medico Stiftung und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, AXA Leben AG und der Pro Medico Stiftung bei Bedarf die notwendigen Auskünfte zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die notwendigen Informationen eingeholt, und sämtliche Daten werden durch AXA Leben AG bzw. der Pro Medico Stiftung streng vertraulich behandelt. Die betreffenden Daten dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrags.

Die unterzeichnende Person nimmt zur Kenntnis, dass die Pro Medico Stiftung bzw. die AXA Leben AG die Leistungen bei falschen oder unvollständigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen kürzen oder ablehnen kann.

Unterschrift der zu versichernden Person

Ort und Datum

Unterschrift