

Angaben zum Arbeitgeber/Betrieb

Name

Betriebsnummer

Die zu versichernde Person hat die nachstehenden Fragen selbst zu beantworten. Bitte jede Frage einzeln mit Ja oder Nein beantworten. Bei denjenigen Fragen, die mit Ja beantwortet werden müssen, sind die genauen Angaben bezüglich Zeitpunkt, Dauer, Heilung, allfälliger Folgen sowie die Anschrift des behandelnden Arztes einzutragen.

Erklärung der zu versichernden Person

Name Geburtsdatum

Vorname

Worin besteht Ihre berufliche Beschäftigung?

Gesundheitsfragen: Von der zu versichernden Person auszufüllen

1. Sind Sie jemals operiert worden? Ja Nein
2. Weilten Sie in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Spital, Sanatorium oder Kurhaus, oder ist eine stationäre Behandlung vorgesehen? Ja Nein
3. Bestehen bei Ihnen Unfallfolgen, oder liegt eine Körperbehinderung vor (z. B. Gelenkversteifung, Gliederverlust, Tragen von Knochenfixationsmaterial)? Ja Nein
4. Wurden Sie mit Röntgenstrahlen oder radioaktiven Substanzen behandelt? Ja Nein
5. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen arbeitsunfähig? Ja Nein
6. Mussten Sie in den letzten 5 Jahren länger als 3 Wochen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen? Ja Nein
7. Sind Sie in den letzten 5 Jahren aus oben nicht erwähnten Gründen behandelt worden? Ja Nein

Wenn Sie eine der Fragen 1 bis 7 mit Ja beantwortet haben, sind auch die Fragen unter Punkt 8 zu beantworten. Andernfalls Fortsetzung bei Frage 9.

8. Frage Nr.	Welche Krankheit oder Operation? Welcher Unfall?	Wann? Wie lange? Geheilt? Folgen?	Behandelnder Arzt? (Name und Adresse)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9. Rauchen Sie? Ja Nein
Wenn ja, was? Wie viel pro Tag? Seit wann?
10. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren irgendwelche Rauschgifte (Drogen)? Ja Nein
Wenn ja, welche?
11. Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Suchtprobleme (Medikamente, Alkohol, Drogen, usw.)? Ja Nein
Wenn ja, welche?
Wie oft?
Wann zuletzt?
Behandelnder Arzt (Name und Adresse)
12. Ist bei Ihnen ein Aids-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder fraglich positives Resultat ergab? Ja Nein
13. Ist Ihre Sehfähigkeit eingeschränkt? Ja Nein
Wenn ja, können Sie (gegebenenfalls mit Brille oder Kontaktlinsen) mühelos einen Zeitungstext lesen? Ja Nein
14. Ist Ihre Hörfähigkeit eingeschränkt? Ja Nein
Wenn ja, kann dies mit einem Hörgerät vollständig korrigiert werden? Ja Nein
15. Ihre Körpergrösse? cm
16. Ihr Körpergewicht? kg

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