



Anmeldung

Vertrag Nr. _____ / _____

Arbeitgeber Name und Ort

1	2		3	4			5	6	7	8
AHV-Nr. (elfstellig)	Name	Vorname	Jahreslohn CHF	Versicherungsbeginn Beginn Arbeitsverhältnis			Zivilstand	Andere Sprache für Persönlichen Ausweis	Nicht voll arbeitsfähig (X)	Zusatzangaben, sofern nötig (Kategorie, Beschäftigungsgrad bei Teilzeitbeschäftigten, Unterstützungspflicht usw.)
				Tag	Monat	Jahr				
				V						
				A						
				V						
				A						
				V						
				A						
				V						
				A						
				V						
				A						
				V						
				A						
				V						
				A						
				V						
				A						

Kolonne 4
V = Versicherungsbeginn
(nur ausfüllen, wenn nicht gleich Beginn Arbeitsverhältnis)
A = Beginn Arbeitsverhältnis

Kolonne 5
Zivilstand:
1 = ledig
2 = verheiratet
3 = verwitwet
4 = geschieden

Kolonne 6
Andere Sprache für Persönlichen Ausweis:
2 = französisch
3 = italienisch
4 = englisch

Bemerkungen

Versicherungsschutz
Wir haben davon Kenntnis genommen, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der nebenstehenden Erklärung abhängt und dass die Winterthur bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann. Näheres zum Versicherungsschutz siehe [Erläuterungen](#).

Arbeitsfähigkeit
Wir haben die **nicht voll arbeitsfähigen Personen** in der Kolonne 7 mit X gekennzeichnet und reichen für sie das Formular **«Ergänzung zur Anmeldung»** ein (für die Umschreibung der Arbeitsfähigkeit siehe [Erläuterungen](#)).
Wir bestätigen, dass die nicht gekennzeichneten Personen voll arbeitsfähig sind.

Datum _____ Unterschrift Stiftung/Arbeitgeber _____

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.

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) gewährt werden kann. Mit dieser Mitteilung ist der Versicherungsschutz dann definitiv.

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	AHV-Nr. (elfstellig)
Strasse, PLZ und Ort		
Geburtsdatum		Berufliche Tätigkeit

- Fragen zur Gesundheit**
 Wir bitten Sie, uns folgende Gesundheitsfragen zu beantworten
- | | | | |
|----------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1 | Waren Sie bei Versicherungsbeginn (bei Leistungserhöhungen im Zeitpunkt der Änderung) ganz oder teilweise arbeitsunfähig? (Falls ein IV-Entscheid vorliegt, diesen bitte beilegen.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2 | Bestehen bei Ihnen zurzeit irgendwelche gesundheitlichen Störungen oder Folgen eines Unfalls, einer Krankheit oder eines Geburtsgebrechens? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3 | Benötigen Sie regelmässig Medikamente oder stehen Sie in ärztlicher oder medizinischer Behandlung oder Beobachtung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4 | Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck, Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre, Geschwülste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes, Nieren-, Magen-, Galle- oder Lebererkrankungen, Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen- oder Gehörleiden oder andere hier nicht aufgeführte Krankheiten oder Störungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5 | Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalls mehr als 4 Wochen ganz oder teilweise aussetzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6 | Wurden bei Ihnen Untersuchungen durchgeführt, die zu keinem normalen Ergebnis führten (Röntgen, EKG, AIDS-Test, Urin- oder Blutuntersuchung oder andere besondere Untersuchungen)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Falls Sie eine der obigen Fragen mit Ja beantwortet haben, bitten wir Sie um folgende Angaben:	Frage Nr.	Von wann bis wann?	Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Ergebnis* 1 2	Behandelnde Ärzte, Spitäler usw. (Bitte Adresse und bei Spitalern Arzt oder Abteilung angeben)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* 1 = geheilt / alles in Ordnung / Behandlung abgeschlossen 2 = nicht geheilt / nicht in Ordnung / in Behandlung oder Kontrolle

Bemerkungen

Zusatzangaben bei Stellenwechsel

Waren Sie bei Ihrem letzten Arbeitgeber im Rahmen einer beruflichen Vorsorge versichert?	Wenn Ja, bitten wir Sie um folgende Angaben (vollständige Angaben garantieren Ihnen die Erhaltung des bisherigen Vorsorgeschutzes):
Firma oder Vorsorgeeinrichtung (Name, Strasse, PLZ und Ort)	
.....	
Versicherungs-Gesellschaft	
.....	

Erklärung

Ich ermächtige Ärzte und Spitäler sowie meine bisherige Vorsorgeeinrichtung, dem ärztlichen Dienst der Winterthur im Zusammenhang mit dieser Versicherung Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen.	Ich nehme davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und dass die Winterthur bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann.
Datum	Unterschrift versicherte Person
.....