

Anmeldung/Gesundheitserklärung zur Kollektivversicherung

Arbeitgeber Vertrags-Nr.

Personalien

Herr Frau

Name Vorname

Adresse PLZ, Ort

Geb. Datum Vers.-Nr.*

Berufliche Tätigkeit/Funktion

AHV-Jahreslohn (Lohn aufgerechnet auf das volle Kalenderjahr) CHF Beschäftigungsgrad (%)

*ehem. AHV-Nr.

Zivilstand ledig verheiratet verwitwet Datum Eheschliessung/Eintrag Partnerschaft

getrennt geschieden Datum Partnerschaftsauflösung/Scheidung

Unterstützungspflicht Ja Nein UVG-versichert Ja Nein

Meldegrund

Mutation Eintritt in die Stiftung Leistungserhöhung

Wirkungsdatum

Nur bei Neueintritt in die Stiftung beantworten:

Erfolgt die Anstellung aufgrund einer Umschulung der Eidg. Invalidenversicherung (IV)? Ja Nein

Arbeitsfähigkeit

Ist die zu versichernde Person zur Zeit und bei Versicherungsbeginn voll arbeitsfähig? Ja Nein

Wenn Nein, Grad der Arbeitsunfähigkeit (%) seit wann?

Hat sie einen Antrag für den Leistungsbezug bei einer Sozialversicherung (IV, UV, MV) oder einer anderen Versicherung gestellt? (Sofern Entscheid vorliegt, bitte beilegen!) Ja Nein

Wenn Ja, bei welcher?

Die zu versichernde Person und der Versicherungsnehmer bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person

Wichtig: die Rückseite muss von der zu versichernden Person ausgefüllt und unterzeichnet werden!

Gesundheitserklärung

1. Körpergrösse in cm Gewicht in kg
2. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben? Ja Nein
Wenn Ja, von bis
welche und warum?
Arzt (genaue Adresse)
3. Nehmen oder nahmen Sie Rauschgifte (Drogen) oder Suchtmittel? Ja Nein
Wenn Ja, von bis welche?
4. Ist bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder ein fraglich positives Resultat ergab? Ja Nein
Wenn Ja, wann?
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, geistige oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines Gebrechens? Ja Nein
Wenn Ja, welche?

| Art der Krankheit/Unfall, Gebrechen, Behandlungen, Untersuchungen | von | bis | Dauer Arbeitsunfähigkeit | Arzt oder Spital mit genauer Adresse und Abteilung |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|
| <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"/> |

Die Mobiliar* behält sich das Recht vor, die Aufnahme zu den vertraglichen Versicherungsleistungen aufgrund eines ärztlichen Untersuchungsberichtes zu prüfen.

Bisherige Vorsorgeverhältnisse (nur bei Neueintritt in die Stiftung ausfüllen)

- Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen? Ja Nein
Wenn Ja, seit wann? Grund
- Bisherige Vorsorgeeinrichtung inkl. Adresse
- Bitte Vorsorgeausweis der vorherigen Vorsorgeeinrichtung mit den versicherten Todesfall- und Invaliditätsleistungen beilegen.
- Sind in der Vergangenheit Ansprüche auf Vorsorgeleistungen oder der Anspruch auf die Freizügigkeitsleistung verpfändet worden? Ja Nein
Wenn Ja, wer ist Pfandgläubiger?
- Wurde die Freizügigkeitsleistung ganz oder teilweise vorbezogen? Ja Nein
Wenn Ja, wann? CHF

Erklärung zur Anzeigepflicht und zum Datenschutz

Ich erkläre hiermit, alle Fragen auf diesem Formular wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass eine Verletzung der Anzeigepflicht dazu führen kann, dass Leistungen reduziert oder verweigert werden können, sowie dass Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können. Ich willige mit der Unterzeichnung dieses Antrages ein, dass die Mobiliar* die zur Antragsprüfung, Durchführung der Kollektivversicherung und Beurteilung des Leistungsanspruches erforderlichen Daten (z.B. Name, Geburtsdatum etc.) bearbeitet. Die Mobiliar kann beim Vorversicherer oder bei Dritten, insbesondere bei Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Behörden und Sozialversicherungen, sachdienliche Auskünfte zum bisherigen Leistungsverlauf einholen, insbesondere zur Risikoabklärung und zur Verwaltung der Leistungsfälle. Für den Fall, dass dies zur Risikobeurteilung und zur Beurteilung des Leistungsanspruches notwendig ist, erstreckt sich die Einwilligung auch auf das Beschaffen von besonders schützenswerten Personendaten (wie Gesundheitsdaten) und Persönlichkeitsprofilen oder auf die Einsichtnahme in amtliche Akten. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht. Falls zur Durchführung der Kollektivversicherung oder zur Leistungsbearbeitung erforderlich, willige ich ein, dass die Mobiliar persönliche Daten zur Bearbeitung an die am Vertrag beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an Vorsorgeeinrichtungen, welchen ich angeschlossen bin oder war, sowie an die Gesellschaften der Gruppe Mobiliar, welche an der Durchführung des Versicherungsverhältnisses mitwirken, bekannt gibt. *Die Mobiliar ist Rückversicherer der pensionskasse pro

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person