

Anmeldung/Gesundheitserklärung zur Kollektiv-Lebensversicherung

Angaben zum Versicherungsnehmer

Name _____ Für Sammelstiftungen:
Vertrags-Nr. _____ Name des angeschlossenen Arbeitgebers
Kategorie _____

Personalien

Name/Vorname _____ **Geschlecht** Mann Frau
Strasse, Nr. _____ **Zivilstand** ledig
PLZ, Ort _____ verwitwet
Geburtsdatum _____ verheiratet
AHV-Nr. _____ in eingetragener
Berufl. Tätigkeit/Funktion _____ Partnerschaft
AHV-Jahreslohn (Lohn aufgerechnet auf das volle Kalenderjahr) CHF _____
Beschäftigungsgrad _____ % Datum der Eheschliessung/
Eintragung der Partnerschaft _____

Sprache Deutsch Französisch Italienisch geschieden
Unterst.-pflicht Ja Nein in aufgelöster
UVG-versichert Ja Nein Partnerschaft
Datum der Scheidung/
Partnerschaftsauflösung _____

Meldegrund

Mutation Eintritt in die Stiftung Leistungserhöhung Andere
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 zurzeit und bei Beginn der Versicherung voll oder teilweise arbeitsunfähig? Ja Nein

Wenn ja, 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? _____

Wurde aufgrund der IV-Revision 6a eine Invalidenrente reduziert oder aufgehoben? Ja Nein

Wenn ja, Invaliditätsgrad vor Reduzierung _____ % Ende der 3-jährigen Schutzfrist _____

(Sofern IV-Entscheid vorliegt, bitte beilegen)

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

Ort, Datum _____ Unterschrift der zu versichernden Person _____ Unterschrift Versicherungsnehmer _____

Wichtig: Rückseite durch die zu versichernde Person ausfüllen und unterzeichnen lassen

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Gesundheitserklärung

Nicht anzugeben sind: Mandel- und Blinddarmentzündungen, Grippe, Erkältungskrankheiten, Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Verhütungsmittel, Niederkunft und gynäkologische Kontrollen, welche normale Werte ergeben haben.

1. Körpergrösse _____ cm Gewicht _____ kg

2. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben? Ja Nein

Wenn ja, vom _____ bis _____ Welche und warum? _____

Arzt (genaue Adresse) _____

3. Werden Sie oder wurden Sie auf Grund eines Alkohol- oder eines Drogenkonsums behandelt oder wurde Ihnen eine solche Behandlung je vorgeschlagen oder angeraten? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ Dauer? _____ Welche Behandlung? _____

4. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, psychische oder seelische Krankheiten, Störungen oder Beschwerden? Leiden Sie an den Folgen eines Unfalles, einer Krankheit oder eines Gebrechens? Wenn ja, welche? Ja Nein

Art der Krankheit/Unfall, Gebrechen, Behandlungen, Untersuchungen	von	bis	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Arzt, Spital oder Fachperson Mit genauer Adresse und Abteilung	Folgenlos ausgeheilt? Ja/Nein
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Die Stiftung 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

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 und Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können.

Ich willige mit der Unterzeichnung dieses Formulars ein, dass die Stiftung beziehungsweise die Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft AG, Nyon (nachfolgend «Mobiliar»), als Versicherer der Stiftung, die zur Risikoprüfung, Ausführung des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages und Beurteilung des Leistungsanspruches erforderlichen Daten (wie z.B. Name, Geburtsdatum etc.) bearbeiten. Die Stiftung beziehungsweise die Mobiliar können beim Vorversicherer oder bei Dritten, insbesondere bei Medizinal- und deren Hilfspersonen, Behörden und Sozialversicherungen, sowie Vorsorgeeinrichtungen, welchen ich angeschlossen bin oder war, 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 z.B. Gesundheitsdaten) und Persönlichkeitsprofilen oder auf die Einsichtnahme in amtliche Akten. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinal- und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht.

Falls die Koordination mit anderen Verträgen, durch welche ich im Rahmen der beruflichen Vorsorge ebenfalls bei der Mobiliar versichert bin, zur Ausführung des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages erforderlich ist, oder falls die Bearbeitung des Leistungsfalles es erfordert, willige ich ein, dass die Mobiliar persönliche Daten (inklusive besonders schützenswerte Daten wie z.B. Gesundheitsdaten) zur Bearbeitung an Dritte im In- und Ausland bekannt gibt, welche am Kollektiv-Lebensversicherungsvertrag beteiligt sind oder an einem anderen Vertrag, durch welchen ich im Rahmen der beruflichen Vorsorge ebenfalls bei der Mobiliar versichert bin, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an Vorsorgeeinrichtungen, welchen ich angeschlossen bin oder war, sowie an Gesellschaften der Gruppe Mobiliar, welche an der Durchführung des Versicherungsverhältnisses mitwirken.

Ort, Datum _____

Unterschrift der zu versichernden Person _____