

## Anmeldung/Gesundheitserklärung zur Kollektiv-Lebensversicherung

### Angaben zum Versicherungsnehmer

Name \_\_\_\_\_ Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_  
Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Kategorie \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### Personalien

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

Sprache  Deutsch  Französisch  Italienisch  
Unterst.-pflicht  ja  nein  
UVG-versichert  ja  nein

### 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 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? \_\_\_\_\_

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

## Gesundheitserklärung

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. Nehmen oder nahmen Sie Rauschgifte (Drogen) oder Suchtmittel?       ja       nein  
Wenn ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_      Welche? \_\_\_\_\_
4. Ist bei Ihnen ein AIDS-Test durchgeführt worden, der ein HIV-positives oder ein fraglich positives Resultat ergab?       ja       nein  
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? Wenn ja, welche?       ja       nein

Art der Krankheit / Unfall, Gebrechen, Behandlungen, Untersuchungen	von	bis	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Arzt oder Spital Mit genauer Adresse und Abteilung

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  
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 Mobiliar die zur Risikoprüfung, Ausführung des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages und Beurteilung des Leistungsanspruches erforderlichen Daten (wie z.B. Name, Geburtsdatum etc.) bearbeitet. Die Mobiliar kann 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