

Anmeldung / Gesundheitserklärung zur Kollektivversicherung

Arbeitgeber		Vertrags-Nr.	
--------------------	--	---------------------	--

Personalien

☐ Herr	☐ Frau		
Nachname		Vorname	
Strasse		PLZ, Ort	
Telefon		E-Mail	
Geb. Datum		Vers. Nr.	

Berufliche Tätigkeit / Funktion			
AHV-Jahreslohn (Lohn aufgerechnet auf das volle Kalenderjahr)	CHF		Beschäftigungsgrad (%)

Zivilstand	☐ ledig	☐ verheiratet	☐ verwitwet	Datum Eheschliessung / Eintrag Partnerschaft	
	☐ getrennt	☐ geschieden		Datum Partnerschaftsauflösung / Scheidung	
Unterstützungspflicht	☐ Ja	☐ Nein	UVG-versichert	☐ Ja	☐ Nein

Meldegrund

☐ Eintritt in die Stiftung	☐ Leistungserhöhung		
Per Datum			
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?		

Unterschriften

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!

Ort, Datum	Unterschrift des Arbeitgebers *

* Nur notwendig, falls keine separate Anmeldung erfolgt

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?	☐ Ja	☐ Nein	
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

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

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 Telco pk und ihre Dienstleister, bzw. die Mobiliar* die zur Antragsprüfung, Durchführung der Kollektivversicherung und Beurteilung des Leistungsanspruchs 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 Telco pk.

Unterschriften

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person