



Gesundheitserklärung

Angaben zur versicherten Person

Name _____ Vorname _____
Firma _____ Sozialvers.-Nr. 756. _____

Gesundheitserklärung

Nicht anzugeben sind ärztliche Behandlungen oder eine Arbeitsunfähigkeit infolge einer Mandel- oder Blinddarmentzündung, Zahnbehandlung, der Verschreibung von Verhütungsmitteln, Entbindungen.

- Sind Sie zurzeit und bei Beginn der Versicherung arbeitsunfähig (voll oder teil)? ja nein
Wenn ja, Grad der Arbeitsunfähigkeit _____ % Seit wann? _____
- Haben 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? _____
- Körpergrösse _____ cm Gewicht _____ kg
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein oder wurden Ihnen solche verschrieben? ja nein
Wenn ja, vom _____ bis _____
Welche und warum? _____
Arzt (genaue Adresse) _____
- Werden Sie oder wurden Sie auf Grund Ihres Alkohol- oder eines Drogenkonsums behandelt oder wurde Ihnen eine solche Behandlung je vorgeschlagen oder angeraten? ja nein
Wenn ja, vom _____ bis _____
Welche? _____
- Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche, 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 wann bis wann?	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	Arzt oder Spital 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 beilegen mit den versicherten Todesfall- und Invaliditätsleistungen.

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 versicherten Person