

## Meldung bei Neueintritt oder Änderung Versicherungsleistung

### Meldegrund

### Wirkungsdatum

Eintritt in die Stiftung                      Anpassung der Personalien  
Lohnänderung                                      Leistungsanpassung

### Arbeitgeber

Vertrags-Nr.:                      Name:                                      PLZ, Ort:

### Versicherte Person

Titel: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon / Natel: \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. (13-stellig): 756. \_\_\_\_\_  
Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:                      w                      m  
Sprache:                              de                      fr                      it

### Zivilstand

Ledig      Verheiratet      Verwitwet      Geschieden

### Ehepartner

Name und Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Heirats-/Scheidungsdatum: \_\_\_\_\_

### AHV-Jahreslohn (bei unterjährigem Beginn: AHV-Jahreslohn)

CHF: \_\_\_\_\_  
Beschäftigungsgrad: \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben der zu versichernden Person

Ich erhebe Anspruch auf eine Lebenspartnerrente (erübrigt sich bei verheirateten Personen)                      Ja                      Nein

### Überweisung der Freizügigkeitsleistung


Gemäss Bundesgesetz über die Berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) sind Sie verpflichtet, sämtliche Freizügigkeitsleistungen aus Freizügigkeitskonten, Freizügigkeitspolice und vorherigen Vorsorgeeinrichtungen, auf die Stiftung zu übertragen.

### Versicherungsschutz


Wir nehmen davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der obenstehenden Angaben abhängt, dass die VSMplus bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen die Versicherungsdeckung herabsetzen oder verweigern kann und, dass wir für die Folgen der Missachtung gesetzlicher Bestimmungen durch falsche oder unvollständige Angaben selbst verantwortlich sind.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

### Unterschrift der zu versichernden Person:

\_\_\_\_\_ 

### Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers:

\_\_\_\_\_ 

Vertrags-Nr.:

Name:

Vorname:

## Gesundheitserklärung

**Wichtig: Die Gesundheitserklärung muss von der zu versichernden Person ausgefüllt und unterzeichnet werden!**

Angaben über ärztliche Behandlungen oder eine Arbeitsunfähigkeit infolge einer Mandel- oder Blinddarmentzündung, einer Zahnbehandlung, der Verschreibung von Verhütungsmitteln, von Entbindungen oder von Vorsorgeuntersuchungen, sind nicht aufzuführen.

**Sind Sie zurzeit oder waren Sie bei Beginn der Versicherung voll oder teilweise arbeitsunfähig?**

Ja      Nein

Wenn Ja: Grad der Arbeitsunfähigkeit in % \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Antrag für den Leistungsbezug bei einer Sozialversicherung (IV, UV, MV) oder einer anderen Versicherung gestellt? Liegt ein solcher Entscheid vor, bitte eine Kopie zustellen.**

Ja      Nein

Wenn Ja, bei welcher? \_\_\_\_\_

**Körpergrösse**

**Gewicht**

\_\_\_\_\_cm

\_\_\_\_\_kg

**Nehmen Sie zurzeit Medikamente in irgendeiner Form ein oder wurden Ihnen solche verschrieben?**

Ja      Nein

Wenn Ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Welche und warum? \_\_\_\_\_

Arzt (genaue Adresse) \_\_\_\_\_

**Werden oder wurden Sie auf Grund Ihres Alkohol- oder eines anderen Drogenkonsums behandelt oder wurde Ihnen eine solche Behandlung je empfohlen?**

Ja      Nein

**Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren körperliche oder psychische 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 der Arbeitsunfähigkeit	Arzt oder Spital mit genauer Adresse und Abteilung	Folgenlos ausgeheilt? Ja / Nein
					Ja    Nein
					Ja    Nein
					Ja    Nein
					Ja    Nein

Die Stiftung behält sich das Recht vor, die Aufnahme zu den reglementarischen Versicherungsleistungen aufgrund eines ärztlichen Untersuchungsberichtes zu prüfen.

Vertrags-Nr.:

Name:

Vorname:

## Bisherige Vorsorgeverhältnisse (nur bei Neueintritt in die Stiftung ausfüllen)

Bestand bei der bisherigen Vorsorgeeinrichtung ein Vorbehalt oder bezahlten Sie eine Mehrprämie aus gesundheitlichen Gründen?

Ja      Nein

Wenn Ja, seit wann? \_\_\_\_\_ Grund? \_\_\_\_\_

➔ Bitte Vorsorgeausweis der bisherigen Vorsorgeeinrichtung und der Basisvorsorge zustellen.

## 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 und die Schweizerische Mobiliar Lebensversicherungs-Gesellschaft AG, Nyon, nachfolgend „Mobiliar“ genannt, als Versicherer der Stiftung, die zur Risikoprüfung, zur Ausführung des Kollektiv-Lebensversicherungsvertrages und die zur Beurteilung des Leistungsanspruches erforderlichen Daten (z.B. Name, Geburtsdatum, usw.) bearbeiten. Die Stiftung und 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 (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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 