

Gesundheitserklärung zur Kollektivversicherung

Angaben der Vorsorgeeinrichtung

Name _____ Vertrags-Nr. _____
Strasse, Nr. _____ Kategorie _____
PLZ, Ort _____

Personalien

Name _____ Vorname _____
Strasse, Nr. _____ Geschlecht Mann Frau
PLZ, Ort _____ Zivilstand ledig verwitwet
Geburtsdatum _____ verheiratet
AHV-Nummer _____ Heiratsdatum _____
Beschäftigungsgrad _____ % geschieden
Scheidungsdatum _____
Sprache Deutsch Französisch Italienisch
Unterst.-pflicht ja nein
UVG-versichert ja nein

Grund der Gesundheitsprüfung

Leistungserhöhung _____ Per _____
Andere _____ Per _____

Arbeitsfähigkeit

Ist die zu versichernde Person zur Zeit 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? _____

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

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

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 Unfalls, einer Krankheit oder eines Gebrechens? ja nein

Wenn ja, welche?

| Art der Krankheit/Unfall, Gebrochen, Behandlungen, Untersuchungen | Von | Bis | Dauer der Arbeitsunfähigkeit | Arzt oder Spital Mit genauer Adresse und Abteilung |
|---|-----|-----|------------------------------|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

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 werden können, sowie dass Schadenersatzansprüche geltend gemacht werden können. Ich ermächtige die Mobililar, die zur Überprüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs sowie der Vertragsabwicklung benötigten Daten zu bearbeiten. Falls erforderlich, dürfen die Daten weitergegeben werden, insbesondere an Mit- und Rückversicherer sowie an Vorsorgeeinrichtungen, denen der Versicherte angehört hat oder angehört.

Ich ermächtige die Mobililar, bei Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen, Behörden, Sozialversicherungen und Dritten Auskünfte zur Prüfung des Risikos und des Leistungsanspruchs einzuholen, insbesondere bei der vorherigen Vorsorgeeinrichtung über eventuell erbrachte Leistungen. Zu diesem Zweck entbinde ich ausdrücklich die Medizinalpersonen und deren Hilfspersonen von deren Geheimhaltungspflicht.

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person
