

## Erwerbsunfähigkeits-Fragebogen / Kollektivversicherung

Sie können das Formular ausdrucken und von Hand ausfüllen. Bitte schicken sie es uns nicht auf elektronischem Weg.

### Versicherungsnehmer

Vertrags-Nr.	_____	Arbeitgeber	_____
Name und Telefon der Kontaktperson bei der Vorseereinrichtung	_____	Name und Telefon der Kontaktperson beim Arbeitgeber	_____
Stiftungsadresse (gemäss Eintragung im Handelsregister)	_____		

### Angaben über die versicherte Person

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum und Geschlecht	_____ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	AHV-Nr.	_____
Zivilstand	_____	Nationalität	_____
Wohnadresse	_____		
Telefon	_____	Korrespondenzsprache	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
Berufliche Tätigkeit	_____		

### Beschäftigungsgrad vor Eintritt des Ereignisses

Beginn und allfälliges Ende des Arbeitsverhältnisses	%	_____	
	vom	_____	bis _____
AHV-Jahreslohn des Schadenjahres, gem. Stiftungsreglement	Jahr	_____	CHF _____
BVG-Altersguthaben per 31.12. des Schadenvorjahres, Art. 15, BVG	Jahr	_____	CHF _____

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Kinder, sofern noch rentenberechtigt	_____	_____	_____
(Ausbildungsbestätigungen beilegen nach dem Schlussalter)	_____	_____	_____

### Angaben über die Erwerbsunfähigkeit

Beginn	Tag	_____	Monat	_____	Jahr	_____
Grad und Dauer	%	_____	vom	_____	bis	_____
	%	_____	vom	_____	bis	_____
	%	_____	vom	_____	bis	_____

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 Tagen beachten Sie bitte die Meldung zur Früherfassung der IV (siehe Seite 2)

Krankheit (sofern bekannt, Art der Krankheit) \_\_\_\_\_

Unfall (sofern bekannt, Unfallhergang) \_\_\_\_\_

Namen und Adressen der behandelnden Ärzte oder Kliniken (Kopien der vorhandenen Arztberichte und/ oder UVG-Scheine, Abrechnungen usw. beilegen) \_\_\_\_\_

**Anmeldung erfolgt an:** (Bitte Kopien der Anmeldungen, Mitteilungen, Abrechnungen und Verfügungen aller Stellen beilegen)

<input type="checkbox"/> Krankentaggeld Gesellschaft _____ Kontaktperson _____ Telefon _____	<input type="checkbox"/> UVG/MV Kontaktperson _____ Telefon _____	<input type="checkbox"/> andere Versicherung _____ Kontaktperson _____ Telefon _____
<input type="checkbox"/> Casemanager/ Absenzenmanager, (falls vorhanden) Name _____ Telefon _____	<input type="checkbox"/> Meldung zur Früherfassung der IV. Falls nicht: Grund angeben: _____ <input type="checkbox"/> IV-Anmeldung	<input type="checkbox"/> Ja (Datum/ Ort) _____ <input type="checkbox"/> Nein _____

**Zahlungsadressen**

Der Vorsorgeeinrichtung, resp. des Vorsorgewerkes (obligatorisch ausfüllen)

<input type="checkbox"/> PC-Konto Nr. _____	lautend auf _____
<input type="checkbox"/> Bankkonto Nr. _____	lautend auf _____
Bank-PC-Nr. _____	Bank-Name _____
Clearing-Nr. _____	Ort _____
IBAN-Nr. _____	

Der versicherten Person (sofern die Stiftung eine Direktzahlung der Rente an die versicherte Person wünscht)

<input type="checkbox"/> PC-Konto Nr. _____	lautend auf _____
<input type="checkbox"/> Bankkonto Nr. _____	lautend auf _____
Bank-PC-Nr. _____	Bank-Name _____
Clearing-Nr. _____	Ort _____
IBAN-Nr. _____	

**Quellensteuer**

Unterliegt die versicherte Person der Quellensteuer?  ja  nein

**Bemerkungen**

Stempel und Unterschrift der Stiftung, bzw. Arbeitgeber

Ort und Datum \_\_\_\_\_

**Beilagen**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Meldung Früherfassung IV/ Mitteilungen der IV          | <input type="checkbox"/> Ausbildungsbestätigungen für Kinder |
| <input type="checkbox"/> Vollmacht (Original)                                   | <input type="checkbox"/> ärztliche Bestätigungen             |
| <input type="checkbox"/> Anmeldung beim Unfall- oder Krankentaggeld-Versicherer | <input type="checkbox"/> Berichte, Expertisen etc.           |
| <input type="checkbox"/> Kranken- oder UVG-Taggeldabrechnungen                  | <input type="checkbox"/> Vorsorgeausweise                    |

## Vollmacht

---

### a) Andere Versicherer

Im Hinblick auf die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der/des Versicherten, ermächtigt der/die Unterzeichnende die Mobiliar ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern wie Krankenkassen, Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen etc., die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (bspw. medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung). Der Versicherungsträger, der Akteneinsicht gewährt, ist befugt, für die gesamte Dauer der Anspruchsprüfung fortlaufend und ohne erneutes Gesuch, Kopien der relevanten Akten an die Mobiliar zuzustellen.

---

### b) Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso wird die Mobiliar mit nachfolgender Unterschrift ermächtigt, die ihr notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten etc. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der Mobiliar vorbehaltlos entbunden.

---

### c) Weiterleitung der eigenen Akten

Im weiteren ermächtigt der/die Unterzeichnende die Mobiliar, Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen ersetzt jedoch nicht die Anmeldung bei der IV, die durch die versicherte Person selber vorgenommen werden muss.

---

Name und Vorname  
der/des Versicherten

AHV-Nr.

Geburtsdatum

---

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt der/die Unterzeichnende die obgenannte Vollmacht in vollem Umfang (a bis c).

Ort und Datum

Unterschrift der/des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters

---