

Weitergehende Vorsorge
Anmeldung, Lohnänderung, Planwechsel

1/2

Dieses Formular bitte nicht vor dem Versicherungs- oder Änderungsbeginn einreichen (Aktualität Gesundheitsfragen).

Arbeitgeber

PLZ, Ort / Kanton

Mitglieder-Nr.

1. a) Art der Meldung

Anmeldung

Lohnänderung

(keine Angabe zu 2c+3 notwendig)

Planwechsel

b) Versicherungsbeginn, bzw. Datum der Änderung

Datum:

2. a) Personalien der versicherten Person

Soz.-Vers.-Nummer

Name, Vorname

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Sprache

deutsch

französisch

italienisch

Zivilstand

ledig

geschieden

verwitwet

verheiratet, Datum der Eheschliessung

Geschlecht

weiblich

männlich

b) Personenkreis/Funktion in der Firma

(bzw. Kollektivzugehörigkeit gemäss Anhang 3 zur Beitrittsvereinbarung)

c) Selbständigerwerbend (Im Sinne der AHV-Gesetzgebung)

NEIN

JA

a) Seit wann?

b) Sind Sie UVG versichert

NEIN

JA

3. Vorsorgeplan Weitergehende Vorsorge

- | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plan B | <input type="checkbox"/> Plan BKU | <input type="checkbox"/> Plan BR | <input type="checkbox"/> Plan BRU | <input type="checkbox"/> Plan T100 |
| <input type="checkbox"/> Plan CKU 10 | <input type="checkbox"/> Plan CKU | <input type="checkbox"/> Plan CR | <input type="checkbox"/> Plan CRU | <input type="checkbox"/> Plan T200 |
| | <input type="checkbox"/> Plan DKU | <input type="checkbox"/> Plan IR | <input type="checkbox"/> Plan IRU | <input type="checkbox"/> Plan T300 |

Notwendige Gesundheitsfragen siehe unter Punkt 7 „Beilagen“.

4. Zu versichernder Jahreslohn

CHF

5. Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt:

- a) voll arbeitsfähig
 nicht voll arbeitsfähig
- b) nicht invalid im Sinne der IV
 invalid im Sinne der IV (bitte **IV-Entscheid** beilegen)

6. Unterschriften

Ort, Datum

 Unterschrift der zu versichernden Person

Ort, Datum

 Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet wurden. Wird im Leistungsfall eine Anzeigepflichtverletzung festgestellt, so hat dies Leistungseinschränkungen zur Folge.

7. Beilagen

Die Gesundheitsfragen (zwingend bei einer Anmeldung, Planwechsel oder Lohnerhöhung von mehr als 20%) befinden sich:

- als Beilage
- Werden von der versicherten Person direkt der PK MOBIL zugestellt

Gesundheitsfragebogen WV

Zuhanden des ärztlichen Dienstes der Pensionskasse.

Anmerkung: Die in diesem Formular verwendete männliche Form umfasst selbstverständlich auch die weibliche Formulierung.

Erklärung der zu versichernden Person

Bitte jede Frage einzeln mit «Ja» oder «Nein» beantworten. Bei denjenigen Fragen, welche Sie mit «Ja» beantworten, sind genauere Angaben zu machen.

1. Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse, PLZ und Ort

Geschlecht

weiblich

männlich

Soz.-Vers.-Nummer:

2. Berufliche Angaben

Arbeitgeber

Aktuelle berufliche Tätigkeit?

3. Sind Sie aus Gesundheitsgründen in Behandlung oder Kontrolle?

Ja

Nein

Wenn ja, weshalb?

Name, Adresse Arzt / Spital / med. Fachperson (vollständige Adresse)

4. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmässig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche und weshalb?

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund, Name des Medikamentes, Dosierung	Behandlung abgeschlossen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Name, Adresse Arzt / Spital / med. Fachperson (vollständige Adresse)

5. Ist Ihre Arbeitsfähigkeit in irgendeiner Weise eingeschränkt (ganz oder teilweise)? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund der Arbeitsunfähigkeit	Grad der Arbeitsunfähigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name, Adresse Arzt / Spital / med. Fachperson (vollständige Adresse)

6. Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als durchgehend 3 Wochen (ganz oder teilweise) arbeitsunfähig? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund der Arbeitsunfähigkeit	Grad der Arbeitsunfähigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name, Adresse Arzt / Spital / med. Fachperson (vollständige Adresse)

7. Haben Sie in den letzten 2 Jahren medizinische Checkups oder Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen? Ja Nein

Bitte nachstehende Felder nur ausfüllen, falls eine Krankheit festgestellt wurde, eine Behandlung oder weitergehende Untersuchungen empfohlen wurden.

von Monat/ Jahr	Art der Untersuchung	Resultat/ Befund der Untersuchung?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Name, Adresse Arzt / Spital / med. Fachperson (vollständige Adresse)

8. Sind Sie in den letzten 10 Jahren in Spitälern oder sonstigen ärztlich geleiteten Einrichtungen behandelt oder operiert worden? Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Art der Behandlung/ Operation?	Behandlung abgeschlossen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bestehen noch Beschwerden/ Einschränkungen? Wenn ja, welche?

Name, Adresse Arzt / Spital / med. Fachperson (vollständige Adresse)

9. Bestehen bei Ihnen Geburtsgebrechen, Körperbehinderungen oder Unfallfolgen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Art von Gebrechen/ Körperbehinderung/ Unfallfolgen	Arzt / Spital / med. Fachperson
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. Waren Sie in den letzten 10 Jahren in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung oder Beratung?

Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund der Behandlung?	Behandlung abgeschlossen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Name, Adresse Arzt / Spital / med. Fachperson (vollständige Adresse)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

11. Haben Sie in den letzten 5 Jahren bisher nicht genannte Ärzte, Chiropraktiker, Osteopathen, Physiotherapeuten oder andere im Gesundheitsbereich tätige Fachpersonen konsultiert?

Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

von Monat/ Jahr	bis Monat/ Jahr	Grund der Behandlung/ Operation?	Behandlung abgeschlossen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bestehen noch Beschwerden/ Einschränkungen? Wenn ja, welche?

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Name, Adresse Arzt / Spital / med. Fachperson (vollständige Adresse)

<input type="text"/>
<input type="text"/>

12. Konsumieren Sie Tabak- oder Raucherwaren?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Seit wann? (Jahr)

Tägl. Menge?

13. Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 10 Jahren Suchtprobleme (Medikamente, Alkohol, Drogen usw.)?

Ja Nein

Wenn ja, welche Substanz?

Wann zuletzt? (Monat/ Jahr)

Name, Adresse Arzt / Spital / med. Fachperson (vollständige Adresse)

14. Ihre Körpergrösse und Ihr Körpergewicht

Grösse in cm

Gewicht in kg

15. Beziehen Sie Leistungen (Taggeld, Rente etc.) gemäss Eidgenössischer Invalidenversicherung (IV), Eidgenössische Militärversicherung (MVG), Unfallversicherung (UVG), Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG), einer ausländischen Sozialversicherung oder einer anderen Versicherung (wie z.B. Krankentaggeldversicherung), oder haben Sie Leistungen beantragt?

Ja Nein

Für welchen Invaliditätsgrad und welche Ursache?

Invaliditätsgrad in Prozent

Ursache

Von welcher Versicherung?

Bitte legen Sie eine Kopie der Dokumente zu diesen Leistungen bei (z.B. aktuelle Kopie der Verfügung(en), Taggeldabrechnung etc.)

16. Bitte geben Sie uns den Hausarzt oder den Arzt an, welcher am besten über Ihren aktuellen Gesundheitszustand Auskunft geben kann.

Name und vollständige Adresse

17. Besteht ein Gesundheitsvorbehalt durch die bisherige Vorsorgeeinrichtung? Ja Nein

Wenn ja, bitte Kopie des Vorbehaltes beilegen (medizinische Definition, Beginn und Dauer).

Die bei der früheren Vorsorgeeinrichtung abgelaufene Zeit eines Vorbehaltes wird der neuen Vorbehaltsdauer angerechnet.

Entbindung vom Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht und Aktenweitergabe

Soweit für die Durchführung der Personalvorsorge (Risikoprüfung/Abwicklung des konkreten Vorsorgefalls) erforderlich, entbindet die unterzeichnende Person die Eidgenössische Invalidenversicherung, die Militärversicherung, die Unfallversicherer, andere und frühere Vorsorgeeinrichtungen, die Kranken- sowie Krankentaggeldversicherer, allfällige ausländische Versicherer sowie die sie behandelnden Ärzte von der Wahrung des Berufs- bzw. Amtsgeheimnisses gegenüber der Durchführungsstelle der Pensionskasse und ermächtigt die genannten Institutionen und Personen, der Durchführungsstelle der Pensionskasse bei Bedarf die notwendigen Auskünfte (einschliesslich medizinischer Angaben) zu erteilen und entsprechende Akteneinsicht zu gewähren. Es werden nur die konkret notwendigen Informationen eingeholt. Zudem ist die unterzeichnende Person damit einverstanden, dass die Durchführungsstelle der Pensionskasse ihre Personalien und Gesundheitsdaten zum Zweck der Leistungsprüfung und zur Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs innerhalb der Vorsorgestiftung proparis weitergibt sowie anderen beteiligten Versicherern und Rückversicherern übermittelt. Die unterzeichnende Person nimmt im Übrigen zur Kenntnis, dass die Durchführungsstelle der Pensionskasse bzw. die Vorsorgestiftung proparis für die Datenaufbewahrung und Datenbearbeitung Dritte beauftragen kann. Die Daten werden durch die Durchführungsstelle der Pensionskasse bzw. der Vorsorgestiftung proparis und beauftragte Dritte streng vertraulich behandelt und dienen ausschliesslich der vertragsmässigen Abwicklung des Vorsorge- bzw. Versicherungsvertrages.

Ort und Datum

Unterschrift

Die Risikoprüfung setzt die Ermächtigung anderer Versicherungsträger und der behandelnden Ärzte zur Auskunftserteilung voraus. Bitte verwenden Sie zu diesem Zweck die vorliegende Erklärung («Entbindung von Berufs- bzw. Amtsgeheimnis sowie Recht auf Akteneinsicht und Aktenweitergabe»), welche originalhandschriftlich zu unterzeichnen ist. Wir bitten Sie zu beachten, dass die Risikoprüfung nur durchgeführt werden kann, wenn die Erklärung ohne textliche Anpassungen wie Streichungen und/oder Ergänzungen unterzeichnet wird. Die Ermächtigung gilt bis zu ihrem schriftlichen Widerruf, längstens aber bis zum Abschluss der Risikoprüfung.

Bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben kann die Durchführungsstelle der Pensionskasse im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Leistungen kürzen oder ablehnen.

Bitte senden an: Pensionskasse MOBIL
Ärztlicher Dienst
Wölflistrasse 5
3006 Bern