

Arbeitsunfähigkeitserklärung

Mitgliedschaftsnummer : _____ Arbeitgeber / unabhängiger Arzt: _____

Persönliche Daten der arbeitsunfähigen Person

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht F M

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

AHV-Nr. 756. _____ Beruf _____

Zivilstand ledig verheiratet gesetzlich zusammenlebend geschieden Witwe(r)

Telefon _____ E-Mail _____

Artikel 55 der seit 01.01.2021 geltenden Vorsorgebestimmungen

1. Bei Erwerbsunfähigkeit entfällt die Beitragspflicht nach Ablauf einer Wartefrist von 3 Monaten, spätestens jedoch ab Fälligkeit der IV-Rente, und zwar entsprechend dem Invaliditätsgrad. Die Befreiung gilt auch für altersbedingte Beitragserhöhungen.
2. Für die Berechnung der Wartezeit werden die Zeiten der Erwerbsunfähigkeit zusammengerechnet, sofern sie auf derselben Ursache beruhen und nicht eine Zeitspanne der vollen Erwerbsfähigkeit von mehr als 12 Monaten dazwischen liegt.
3. Die Befreiung wird ohne neue Wartezeit gewährt, wenn sie bereits früher aus derselben Ursache anerkannt wurde und der Versicherte in der Zwischenzeit nicht länger als 12 Monate voll erwerbsfähig war.

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit

Datum des Beginns der Arbeitsunfähigkeit: _____ / _____ / _____

Grund der Arbeitsunfähigkeit? Krankheit Unfall

Dauer der Arbeitsunfähigkeit:

_____ % vom _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____

_____ % vom _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____

_____ % vom _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____

_____ % vom _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____

_____ % vom _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____

_____ % vom _____ / _____ / _____ bis _____ / _____ / _____

Behandelnder Arzt 1:

Name _____ Vorname _____

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

Behandelnder Arzt 2:

Name _____ Vorname _____

Straße Nr. _____ PLZ Ort _____



Versicherungen

Haben Sie eine Kollektiv-Krankentaggeld- bzw. -unfallversicherung bei der Mobiliar Versicherung? Ja Nein

Wenn ja, Police-Nr. _____ und SchadensfallNr. _____

Sind andere Versicherungseinrichtungen (SUVA, UVG, MV, Krankenkassen usw.)?
sind in diesem Schadensfall involviert?

Ja Nein

Wenn ja:

1. Name der Versicherungsgesellschaft _____ und

SchadensfallNr.: _____

Adresse : _____

2. Name der Versicherungsgesellschaft _____ und

SchadensfallNr.: _____

Adresse : _____

Haben Sie einen Antrag bei der Invalidenversicherung (IV) gestellt?

Ja Nein

Beizulegende Dokumente

- Vollmacht (auf Seite 3), ordnungsgemäß von der versicherten Person unterzeichnet
- Krankheits- oder Unfallmeldung der Versicherungsgesellschaft
- Abrechnungen der Erwerbsausfallversicherung für Krankheit oder Unfall (UVG)
- Ärztliche Bescheinigungen
- Kranken- oder Unfallschein
- Procuration (en page 3) dûment signée par la personne assurée

Unterschrift der arbeitsunfähigen Person

Die versicherte Person bestätigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person



Vollmacht

Mitgliedschaftsnummer: _____ Arbeitgeber / Unabhängiger Arzt: _____

Persönliche Daten der versicherten Person

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ AHV-Nr. 756. _____
Straße Nr. _____ PLZ Ort _____

Bedingungen für die Vollmacht

Zur Feststellung der Rechte und zur Prüfung der Leistungsansprüche der versicherten Person ermächtigt die unterzeichnende Person den Rückversicherer der Stiftung - die Mobiliar - ausdrücklich, bei allen am gemeldeten Versicherungsfall beteiligten öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Versicherungsgesellschaften die erforderlichen Unterlagen einzuholen.

Darüber hinaus befreit der/die Versicherte

- Ärzte, Krankenhäuser und andere stationäre Einrichtungen
- den Arbeitgeber
- offizielle Ämter und Behörden (z. B. Sozialamt, Sozialdienste)
- die Invalidenversicherung (IV)/Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)
- die Pensionskassen
- die Lebensversicherungen
- gesetzliche oder private Unfallversicherungen
- die Arbeitslosenkassen
- alle anderen beteiligten privaten Versicherer (z. B. Krankentagegeldversicherung)
- les médecins, les hôpitaux et autres établissements stationnaires

und ihre Angestellten von ihrer Geheimhaltungspflicht und ermächtigt sie, dem Rückversicherer der Stiftung - die Mobiliar - Informationen zukommen zu lassen, ihre Akten einzusehen und Kopien von Dokumenten zu übermitteln.

Der Rückversicherer der Stiftung - die Mobiliar - verpflichtet sich, die erhaltenen Informationen und Dokumente in Übereinstimmung mit dem Datenschutzgesetz zu behandeln.

Die unterzeichnende Person ermächtigt zudem den Rückversicherer der Stiftung - die Mobiliar - Informationen und/oder Dokumente weiterzuleiten an:

- die Invalidenversicherung (IV)
- die Pensionskasse
- die obligatorische oder private Unfallversicherung
- an jeden anderen zivilrechtlichen Haftpflichtigen oder dessen Haftpflichtversicherer (zur Begründung von Rechtsansprüchen)

Mit ihrer unten stehenden Unterschrift erteilt die versicherte Person die oben genannte Vollmacht in vollem Umfang.

Ort und Datum

Unterschrift der versicherten Person

