



## Antrag auf Invalideleistungen

### Angaben zur Person

Soz.-Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_ Sprache:  D  F  I

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  M  F Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand:  ledig  verheiratet  eingetragene Partnerschaft  
 verwitwet  geschieden  aufgelöste Partnerschaft

Datum der Heirat oder der Reg. der Partnerschaft bzw. der Scheidung oder Auflösung: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

### Unterhaltspflichtige Kinder/Pflegekinder

Minderjährige oder sich in Ausbildung befindende Kinder:

Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Ihre Zahlungsverbindung

Bank  Post Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

IBAN (zwingend): \_\_\_\_\_

Bank (Name, PLZ, Ort, Land): \_\_\_\_\_

SWIFT/BIC (für Ausland): \_\_\_\_\_ Clearing: \_\_\_\_\_

Das Konto lautet auf:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_



## Ansprüche aus anderen Versicherungseinrichtungen

	Leistungen sind anerkannt:
<input type="checkbox"/> Bei der Eidg. IV	zu _____ % seit _____
<input type="checkbox"/> Bei der Eidg. MV	zu _____ % seit _____
<input type="checkbox"/> Beim Unfallversicherer (UVG)	zu _____ % seit _____
<input type="checkbox"/> Bei einem ausländischen Sozialversicherer	zu _____ % seit _____
<input type="checkbox"/> Beim Kollektiv-Krankentaggeldversicherer	zu _____ % seit _____

Name der Versicherung: \_\_\_\_\_ Vertrag-Nr.: \_\_\_\_\_

## Bestätigung

1 Bei einer allfälligen Zuspache von Invalidenleistungen, müssen sämtliche Freizügigkeitsleistungen von früheren Vorsorgeeinrichtungen und Guthaben aus Freizügigkeitskonti oder Freizügigkeitspolice an die Stiftung Auffangeinrichtung BVG übertragen werden.  ja  nein  
Freizügigkeitsguthaben vorhanden?

2 Ist die versicherte Person quellensteuerpflichtig?  ja  nein  
Falls ja, bitte eine Kopie des Ausländerausweises bzw. Bescheinigung des Wohnsitzes im Ausland beilegen.

3 Um Ihren Antrag prüfen zu können, brauchen wir zwingend die Verfügung der Eidgenössischen IV.  
Bitte legen sie die Verfügung diesem Antrag bei!

4 Sind Sie im Besitz weiterer, zusätzlicher Versicherungsverfügungen?  ja  nein  
Wenn Sie im Besitz weiterer, zusätzlicher Versicherungsverfügungen sind, legen Sie sie bitte diesem Antrag bei!

5 Haben Sie minderjährige Kinder bzw. Kinder über 18 Jahre in Ausbildung?  ja  nein  
Bitte immer Geburtschein der Kinder bzw. Familienausweis (Familienbüchlein) beilegen.  
Für Jugendliche in Ausbildung die über 18 Jahre alt sind muss ein Nachweis der Lehrstelle bzw. Schule, mit Angabe über die voraussichtliche Dauer der Ausbildung (im Hinblick auf eine Zahlung der Rente über das reglementarische Schlussalter hinaus).

6 Sind Sie geschieden und haben Kinder?  ja  nein  
Wenn ja, bitte das Scheidungsurteil diesem Antrag beilegen!

7 Vollmacht:  
Die versicherte Person ermächtigt alle Privatpersonen, Firmen, Amtsstellen, Ärzte, Anwälte, Privatversicherer Haftpflichtversicherer, Sozialversicherungsorgane und Sozialhilfebehörden, die für die Abwicklung des Leistungsfalls relevante Angaben machen können, zur Erteilung von Auskünften.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Fragen wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und erteile der Stiftung Auffangeinrichtung die unter Punkt 7 aufgeführte Vollmacht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person



Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Fondation institution supplétive LPP  
Fondazione istituto collettore LPP

### Vertraulich

Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Vorsorge BVG  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Postfach  
8050 Zürich  
SWITZERLAND

### Vertraulich

Stiftung Auffangeinrichtung BVG  
Vorsorge BVG  
Elias-Canetti-Strasse 2  
Postfach  
8050 Zürich  
SWITZERLAND

### Vorsorge BVG

Bitte legen Sie dieses Deckblatt den Unterlagen bei, die Sie uns zurücksenden. Vielen Dank.

Bitte benutzen Sie für die Rücksendung Ihrer Dokumente keine Büroklammern, Heftklammern und Klebeband.

