



Versicherte Person: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: 756. \_\_\_\_\_

## Fragebogen zur freiwilligen Vorsorge für Selbständigerwerbende

(Dieses Formular bitte elektronisch oder gut leserlich in Blockschrift ausfüllen und unterzeichnen)

### 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: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Domiziladresse (Firmensitz)

Name: \_\_\_\_\_ Sprache:  D  F  I  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Telefon-/Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Vorsorgeverhältnis

- Seit wann sind Sie selbständigerwerbend?  
(bitte Nachweis der AHV-Ausgleichskasse mit Abrechnungsnr. beilegen) \_\_\_\_\_
- Waren Sie früher bereits während mindestens 6 Monaten obligatorisch versichert?  Ja  Nein  
Falls Ja: Bis wann? \_\_\_\_\_
- Lohndaten ab Versicherungsbeginn** Jahreslohn (in CHF): \_\_\_\_\_ Gültig ab: \_\_\_\_\_
- Wünschen Sie die Versicherung von Einkommensanteilen  
über dem BVG-Höchstlohn (bis max. CHF 148'200.--)?  Ja  Nein
- Ist Ihre Einzelfirma im HR eingetragen?  Ja  Nein

Bemerkung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift