Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Vorsorge BVG

→ Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular sowie die nötigen Unterlagen an:

Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Berufliche Vorsorge (BVG)
Postfach
8050 Zürich

www.aeis.ch
Postfinance
BIC/SWIFT: POFICHBEXXX
IBAN: CH16 0900 0000 2549 6891 7

Tel. +41 41 799 75 75
Fax +41 44 468 23 96
Bürozeiten Mo. - Fr.
08:00 - 12:00/ 13:30 - 16:30

Versicherte Person: _____ Soz.-Vers.-Nr.: 756._____

Fragebogen zur Gesundheit

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

1. Waren Sie bei Versicherungsbeginn voll oder teilweise invalid? (Falls ein IV-Entscheid vorliegt, bitte Kopie beilegen) ☐ ja ☐ nein
2. Bestehen bei Ihnen Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls? ☐ ja ☐ nein
3. Benötigen Sie Medikamente, oder stehen Sie in ärztlicher Behandlung oder unter ärtzlicher Kontrolle? ☐ ja ☐ nein
4. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Herz- oder Kreislaufstörungen, erhöhten Blutdruck, Tuberkulose, Krankheiten der Atmungsorgane, Geschwüre, Geschwülste, Krebs, Eiweiss im Urin, Diabetes, Nieren-, Galle- oder Lebererkrankungen, Gelenk- oder Rückenleiden, Epilepsie, depressive oder nervöse Störungen, Augen- oder Gehörleiden? ☐ ja ☐ nein
5. Mussten Sie in den letzten 5 Jahren die Arbeit wegen einer Krankheit oder eines Unfalls mehr als 4 Wochen aussetzen? ☐ ja ☐ nein
6. Wurde bei Ihnen ein AIDS-Test mit Resultat HIV-positiv durchgeführt? ☐ ja ☐ nein
7. Beziehen Sie eine Rente der Unfall- oder der Militärversicherung? ☐ ja ☐ nein

   Wenn ja, von welchem Versicherer? _____

Für jede mit ja beantwortete Frage bitten wir Sie um folgende Angaben:

Frage Nr.	Welche Krankheiten, Störungen, Beschwerden, Untersuchungen?	Behandelnde Ärzte, Spitäler (bitte Adresse und bei Spitälern Arzt oder Abteilung angeben)	von - bis
___	_____	_____	_____
___	_____	_____	_____
___	_____	_____	_____
___	_____	_____	_____

Die zu versichernde Person ermächtigt alle Ärzte, die sie behandeln oder behandelt haben, der Stiftung Auffangeinrichtung BVG Auskünfte über ihren Gesundheitszustand zu erteilen und entbindet sie dazu vom Berufsgeheimnis. Die zu versichernde Person bestätigt, alle Fragen wahrheitsgemäss und vollständig beantwortet zu haben.

_____ _____ _____

Ort Datum Unterschrift