



Fragebogen zur freiwilligen Versicherung für Arbeitnehmer im Dienste mehrerer Arbeitgeber

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: _____

Gesundheitszustand

Die zu versichernde Person erklärt, dass sie seit Versicherungsbeginn
 voll arbeitsfähig ist nicht voll arbeitsfähig ist* im Sinne der IV zu ____% invalid ist**

Nicht voll arbeitsfähig / invalid seit: _____

* Bitte Arbeitsunfähigkeitsmeldung ausfüllen

** Bitte IV-Verfügung beilegen

Bemerkungen

Ort _____ Datum _____ Unterschrift versicherte Person _____

Hinweis: Der Versicherte kann nur dann verlangen, dass sich der Arbeitgeber an den Beiträgen beteiligt, wenn er ihn über seinen Beitritt zur freiwilligen Versicherung informiert hat. Der Arbeitgeber ist erst für die Versicherungszeit nach der Mitteilung beitragspflichtig.



Stiftung Auffangeinrichtung BVG
Fondation institution supplétive LPP
Fondazione istituto collettore LPP

Vertraulich

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

Vertraulich

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

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.

