



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

Fragebogen zur freiwilligen Vorsorge für Selbständigerwerbende

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

Personendaten

Soz.-Vers.-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____
Name: _____ Vorname: _____
Geschlecht: M F Sprache: D F I
Zivilstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet
eingetragene Partnerschaft aufgelöste Partnerschaft
Datum der Heirat oder Registrierung bzw. der Scheidung oder Auflösung: _____

Privatadresse

Strasse und Nr.: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____
Telefon-/Fax: _____ / _____
E-Mail-Adresse: _____

Domiziladresse (Firmensitz)

Name: _____
Strasse: _____
PLZ / Ort: _____ / _____
Sprache: D F I
Telefon-/Fax: _____ / _____
E-Mail-Adresse: _____



Angaben zum Vorsorgeverhältnis

1. Seit wann sind Sie selbständigerwerbend?
(bitte Nachweis der AHV-Ausgleichskasse mit Abrechnungsnr. beilegen) _____
2. Waren Sie früher bereits während mindestens 6 Monaten
obligatorisch versichert? Ja Nein
Falls Ja: Bis wann? _____
3. Lohndaten ab Versicherungsbeginn
- | Jahreslohn
(in CHF): | Gültig ab: |
|-------------------------|------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
4. Wünschen Sie die Versicherung von Einkommensanteilen
über dem BVG-Höchstlohn (bis max. Fr. 148'200.--)? Ja Nein
5. Soll das Unfallrisiko ausgeschlossen werden?
(Falls Ja, bitte Nachweis der Versicherung gemäss UVG beifügen) Ja Nein
6. Ist Ihre Einzelfirma im HR eingetragen? Ja Nein

Bemerkungen:

Ort:

Datum:

Unterschrift: