



=> 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 bis 11:30/13:30 bis 16:30

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.



Zusammenstellung des Erwerbseinkommens

Hauptberuf / Haupterwerb: Selbständig: Angestellt:

Name & Adresse des Arbeitgebers *Jahreseinkommen:*

Name: _____

Strasse, Nr.: _____ CHF _____

PLZ/Ort: _____

Sind Sie bei diesem Arbeitgeber obligatorisch versichert? Ja * Nein

* Kopie des Vorsorgeausweises beilegen!

Nebenerwerb:

Name & Adresse des Arbeitgebers *Jahreseinkommen:*

Name: _____

Strasse, Nr.: _____ CHF _____

PLZ/Ort: _____

Sind Sie bei diesem Arbeitgeber obligatorisch versichert? Ja * Nein

* Kopie des Vorsorgeausweises beilegen!

Nebenerwerb:

Name & Adresse des Arbeitgebers *Jahreseinkommen:*

Name: _____

Strasse, Nr.: _____ CHF _____

PLZ/Ort: _____

Sind Sie bei diesem Arbeitgeber obligatorisch versichert? Ja * Nein

* Kopie des Vorsorgeausweises beilegen!

Nebenerwerb:

Name & Adresse des Arbeitgebers *Jahreseinkommen:*

Name: _____

Strasse, Nr.: _____ CHF _____

PLZ/Ort: _____

Sind Sie bei diesem Arbeitgeber obligatorisch versichert? Ja * Nein

* Kopie des Vorsorgeausweises beilegen!

Ort _____ Datum _____ Unterschrift versicherte Person: _____