

Persönlicher Fragebogen

(Dieses Formular ist von der versicherten Person auszufüllen)

Jeder in die Vorsorgeeinrichtung aufzunehmende Mitarbeiter hat einen Fragebogen über relevante Informationen und über seinen Gesundheitszustand auszufüllen. Wir bitten Sie, diesen Fragebogen zeitnah zum Stellenantritt auszufüllen und einzureichen.

1. Persönliche Daten

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Eintrittsdatum _____

Datum der Eheschliessung / eingetragenen Partnerschaft _____

2. Fragen zum Gesundheitszustand

1) Sind Sie gegenwärtig vollständig gesund und voll arbeitsfähig?

Ja Nein

Wenn nein: aus welchen Gründen?

Krankheit

Unfall

2) Beziehen Sie gegenwärtig Leistungen infolge Invalidität?

Ja Nein

Wenn ja: Bitte legen Sie eine Kopie der aktuellen Verfügung der IV bzw. der Unfallversicherung bei.

3) Haben Sie in der Vergangenheit Leistungen der IV-Stelle oder einer Vorsorgeeinrichtung beantragt oder bezogen?

Ja Nein

Wenn ja: für welche Gesundheitseinschränkung? _____

3. Übertragung der vorhandenen Vorsorgeguthaben

Allfällige vorhandene, noch nicht überwiesene Freizügigkeitsleistungen aus früheren Vorsorgeeinrichtungen und / oder Guthaben aus Freizügigkeitskonti bzw. Freizügigkeitspolice in der Schweiz oder Fürstentum Liechtenstein sind zwingend an unsere Vorsorgeeinrichtung zu übertragen.

Name der bisherigen Vorsorge- bzw.
Freizügigkeitseinrichtung _____

Die Überweisung habe ich veranlasst und die
Austrittsabrechnung – falls vorhanden – liegt bei.

Die Überweisung werde ich umgehend in Auftrag geben.

Ich verfüge über keine Freizügigkeitsleistung.

Falls keine Freizügigkeitsleistung eingebracht wird, bitte
Gründe angeben: _____

4. Wohneigentumsförderung: Bezüge / Verpfändung

Haben Sie bei einer früheren Vorsorgeeinrichtung oder Freizügigkeitseinrichtung einen **Bezug** für Wohneigentum geltend gemacht?

Ja Nein

Falls ja:

Höhe des vorbezogenen Betrags

CHF

Zeitpunkt des Vorbezugs

Haben Sie bei der früheren Vorsorgeeinrichtung oder Freizügigkeitseinrichtung Vorsorgegelder **verpfändet**?

Ja Nein

Falls ja:

Höhe des verpfändeten Betrags

CHF

Zeitpunkt der Verpfändung

Name des Pfandgläubigers (Bank)

5. Einkäufe in die Vorsorge

Haben Sie oder Ihr Arbeitgeber in den letzten drei Jahren freiwillige Einkäufe in Ihre Vorsorge getätigt?

Ja Nein

Falls ja:

Betrag

CHF

Zeitpunkt der Einzahlung

Einzahlung des Arbeitgebers?

Ja Nein

6. Erklärung

Der/die Unterzeichnende erklärt, alle vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Er/sie ermächtigt alle Ärzte, welche ihn/sie behandelt haben, der Vorsorgeeinrichtung, deren Geschäftsstelle und deren Rückversicherer in Bezug auf die vorgesehene Versicherung alle verlangten Auskünfte zu erteilen.

Der/die Unterzeichnende nimmt davon Kenntnis, dass der Versicherungsschutz von der Richtigkeit der vorstehenden Erklärung abhängt und dass die Vorsorgeeinrichtung bei unrichtigen Angaben im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von der Versicherung zurücktreten kann (Anzeigepflichtverletzung).

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

**Bitte füllen Sie diesen Fragebogen zeitnah zum Stellenantritt aus und senden ihn an:
INVOR Vorsorgeeinrichtung Industrie, Stockerstrasse 34, Postfach, 8022 Zürich**

| Nur für interne Zwecke | | |
|------------------------|---------|-----------|
| Datum | Visum 1 | Bemerkung |
| | | |
| Datum | Visum 2 | Bemerkung |
| | | |