

GESUCHSEINGANG <input type="text"/>	ANLAUFSTELLE <input type="text"/>	FALL-NR. <input type="text"/>
GESUCHSEINGANG <input type="text"/>	AUSZAHLUNGSSTELLE <input type="text"/>	GEPRÜFT DURCH <input type="text"/>

**FORMULARKOPF – NICHT AUSFÜLLEN**

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

**1. Angaben zur Person**

**Personalien**

MANN <input type="checkbox"/>	FRAU <input type="checkbox"/>	AHV-NR. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	GEBURTSDATUM <input type="text"/>
VERHEIRATET <input type="checkbox"/>	LEDIG <input type="checkbox"/>	GESCHIEDEN <input type="checkbox"/>	VERWITWET <input type="checkbox"/>				ALTERSRÜCKTRITT GEPLANT PER <input type="text"/>
NAME <input type="text"/>				VORNAME <input type="text"/>			
NATIONALITÄT <input type="text"/>							

**Wohnadresse, Kontakt**

STRASSE <input type="text"/>	KANTON / LAND <input type="text"/>		
PLZ <input type="text"/>	ORT <input type="text"/>		
TELEFON <input type="text"/>	MOBILE <input type="text"/>		
FAX <input type="text"/>	E-MAIL <input type="text"/>		
WOHNSITZ SCHWEIZ WIRD BEIBEHALTEN <input type="checkbox"/>	WOHNSITZ SCHWEIZ WIRD AUFGEGEBEN <input type="checkbox"/>	DATUM WEGZUG AUS DER SCHWEIZ <input type="text"/>	
ICH WÜNSCHE DIE KORRESPONDENZ IN	DEUTSCH <input type="checkbox"/>	FRANZÖSISCH <input type="checkbox"/>	ITALIENISCH <input type="checkbox"/>

**Angehörige**

**Ehepartnerin/ Ehepartner**

NAME <input type="text"/>	VORNAME <input type="text"/>	GEBURTSDATUM <input type="text"/>
------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

**Kinder unter 25 Jahren**

NAME <input type="text"/>	VORNAME <input type="text"/>	GEBURTSDATUM <input type="text"/>
NAME <input type="text"/>	VORNAME <input type="text"/>	GEBURTSDATUM <input type="text"/>
NAME <input type="text"/>	VORNAME <input type="text"/>	GEBURTSDATUM <input type="text"/>



**Zeitphasen**

▶ VON             BIS

**Beschäftigungsgrad**  
 100%  TEILZEIT  %  ARBEITSLOS

**Aufenthaltsstatus**  
 SAISONNIER  KURZAUFENTHALTER

ARBEITGEBER ODER ALV-KASSE

BERUF

STRASSE

KONTAKTPERSON

PLZ  ORT

TELEFON / E-MAIL

▶ VON             BIS

**Beschäftigungsgrad**  
 100%  TEILZEIT  %  ARBEITSLOS

**Aufenthaltsstatus**  
 SAISONNIER  KURZAUFENTHALTER

ARBEITGEBER ODER ALV-KASSE

BERUF

STRASSE

KONTAKTPERSON

PLZ  ORT

TELEFON / E-MAIL

**3. Tätigkeit / Funktion als leitendes Personal**

Üben Sie in den letzten 20 Jahren eine Tätigkeit/Funktion aus, die im Merkblatt «LEITENDES PERSONAL» aufgeführt ist?

JA  NEIN

Wenn ja:

TÄTIGKEIT / FUNKTION	UNTERNEHMUNG	VON / BIS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TÄTIGKEIT / FUNKTION	UNTERNEHMUNG	VON / BIS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Waren Sie in den letzten 20 Jahren an einer Unternehmung, in der Sie eine Tätigkeit ausübten, mit mindestens 20% beteiligt?

JA  NEIN

Wenn ja:

% BETEILIGUNG	UNTERNEHMUNG	VON / BIS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

% BETEILIGUNG	UNTERNEHMUNG	VON / BIS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4. Aktuelles Einkommen**

Alle aktuellen Leistungen bitte ankreuzen!

- Lohn**  
Kopien aller Lohnabrechnungen des laufenden Jahres sowie je eine Lohnabrechnung der beiden vorangehenden Jahre und die Lohnausweise der beiden letzten Jahre beilegen
- Krankentaggeld**  
Kopien aller Abrechnungen des laufenden Jahres beilegen SEIT
- Unfalltaggeld**  
Kopien aller Abrechnungen des laufenden Jahres beilegen SEIT
- Invaliditätsrente (IV)**  
Kopie der Rentenverfügung beilegen SEIT
- Invaliditätsrente (SUVA)**  
Kopie der Rentenverfügung beilegen SEIT
- Invaliditätsrente (Pensionskasse)**  
Kopie der Rentenverfügung beilegen SEIT
- Arbeitslosenentschädigung**  
Kopien aller ALV-Abrechnungen des laufenden Jahres beilegen SEIT
- Andere Renten (auch ausländische Renten)**  
Kopien der Rentenverfügung/en beilegen WELCHE / SEIT

**Haben Sie eine schweizerische oder ausländische Invaliditätsrente oder eine ausländische Altersrente beantragt?**

- JA Eingangsbestätigung und ev. weitere Korrespondenz (Kopien) der entsprechenden Versicherung beilegen
- NEIN

**Erzielen Sie seit mehr als drei Jahren aus einer regelmässigen Beschäftigung ausserhalb des Bauhauptgewerbes einen zusätzlichen Verdienst?**

- JA Kopien der letzten drei Lohnausweise für die Steuerklärung oder der Verfügungen der Ausgleichskasse für Selbständigerwerbende beilegen
- NEIN

**5. Pensionskasse**

Welcher Pensionskasse ist Ihr aktueller Arbeitgeber angeschlossen?  
(Letzten Versicherungsausweis (Kopie) der Pensionskasse beilegen)

NAME PENSIONSKASSE

**Ist der Verbleib in dieser Pensionskasse mit Eintritt in den FAR weiterhin möglich?**

- JA
- NEIN Falls der Verbleib nicht möglich ist, klären Sie bitte ab, was mit Ihrem Vorsorgekapital geschehen soll und teilen Sie uns das spätestens mit der definitiven Anmeldung für die Rente der Stiftung FAR mit (ein Informationsblatt über die verschiedenen Möglichkeiten liegt diesem Leistungsgesuch bei).

**6. Beilagen** BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN

- AUSZUG AUS DEM INDIVIDUELLEN AHV-KONTO
- JE EINE LOHNABRECHNUNG DER BEIDEN VORJAHRE
- LETZTER VORSORGEAUSWEIS DER PENSIONSKASSE
- LOHNABRECHNUNGEN DES LAUFENDEN JAHRES
- VERFÜGUNG(EN) / ABRECHNUNG(EN) DER ALK
- ARBEITSVERTRÄGE / -ZEUGNISSE ANZAHL
- LOHNAUSWEISE DER BEIDEN VORJAHRE
- VERFÜGUNG(EN) / ABRECHNUNG(EN) ÜBER LAUFENDE VERSICHERUNGSLEISTUNG(EN)
- ANDERE

**7. Bestätigung der Angaben**

Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit aller gemachten Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass fehlende oder unwahre Angaben zu Leistungskürzungen oder Rückerstattungsforderungen führen können. Vorbehalten bleibt zudem die strafrechtliche Verfolgung.

DATUM, ORT

UNTERSCHRIFT

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

SV-Nr.:

Um die Leistungsgesuche für Antragsteller und Meldeformulare für Rentenbezüger bearbeiten zu können, ist die FAR Auszahlungsstelle oft auf Informationen und Unterlagen angewiesen, die erst bei der Bearbeitung der Gesuche und Meldeformulare eingefordert werden können. Damit wir die benötigten Auskünfte und Dokumente rasch und umfassend erhalten, ist es sinnvoll, wenn wir direkt an die zuständigen Stellen gelangen können. Dafür benötigen wir jedoch Ihre Zustimmung, die Sie diesen Stellen mit Ihrer Unterschrift geben können.

### Entbindungserklärung

Ich erkläre hiermit, dass die Stiftung FAR, vertreten durch die FAR Auszahlungsstelle, sämtliche Informationen einholen darf, die zur Beurteilung meines Leistungsgesuchs und meines allfälligen Rentenanspruchs (maximal bis zum Erreichen des 65. Altersjahres) von Bedeutung sind und entbinde die folgenden Stellen resp. deren zuständige Mitarbeitende von der Schweigepflicht gegenüber der Stiftung FAR:

- Ausgleichskassen für die Bestellung und den direkten Versand meines Auszugs aus dem individuellen AHV-Konto an die FAR Auszahlungsstelle, sowie Informationen bezüglich Invalidenrenten und Beitragsverfügungen für Selbständigerwerbende;
- Meinen aktuellen und die ehemaligen Arbeitgeber inklusive Personalverleiher und Einsatzbetriebe, bei denen ich gearbeitet habe;
- Die Arbeitslosenversicherung und die zuständigen RAV bei aktueller oder früherer Arbeitslosigkeit;
- Krankentaggeldversicherungen, IV und SUVA bei aktueller oder früherer Krankheit bzw. Unfall mit oder ohne Invalidität in Bezug auf Leistungen;
- Pensionskassen, bei denen ich aktuell oder ehemals versichert war, wenn Leistungen (Rente oder Kapitalauszahlung) in Frage kommen oder bereits zugesprochen wurden.

Die entsprechenden Stellen werden ersucht, die notwendigen Auskünfte zu erteilen, und sind in diesem Zusammenhang von der Schweigepflicht entbunden. Ferner sind sie ermächtigt, Auskünfte über den Stand hängiger Verfahren sowie vergangene und bestehende Ansprüche zu erteilen und entsprechende Leistungsbestätigungen oder Entscheidkopien herauszugeben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift