

Informationen:
041 819 04 25
info@aksz.ch
www.aksz.ch



Gesuch um Weiterführung der obligatorischen Versicherung

für im Ausland arbeitende Personen

Ausgleichskasse/IV-Stelle Schwyz
Postfach 53
6431 Schwyz

1 Arbeitgeber/in

Name / Firma	_____	Abrechnungs-Nr.	_____
Strasse / Nr.	_____	Kontaktperson	_____
Postfach	_____	Telefon-Nr.	_____
PLZ / Ort	_____	E-Mail	_____

2 Arbeitnehmer/in

AHV-Nummer	7 5 6 . [] [] [] [] . [] [] [] [] . [] [] [] []	Geburtsdatum	_____
Name	_____	Nationalität	_____
Vorname	_____	Wohnsitzstaat	_____
Strasse / Nr.	_____	Zivilstand	_____ seit _____
Postfach	_____		
PLZ / Ort	_____		

3 Angaben zur Erwerbstätigkeit

Name des Arbeitgebers _____

Arbeitsort (genaue Adresse/Land) _____

Dauer der Erwerbstätigkeit im Ausland von: _____ bis: _____

Durch wen erfolgt die Entlohnung? _____
(Filiale im Ausland, von der Schweiz oder von beiden?)

Höhe des AHV-pflichtigen Lohnes im Jahr in Fr. _____
(inkl. die vom Arbeitgeber im Ausland entrichteten Lohnfortzahlungen)

Waren Sie schon früher für einen Schweizer Arbeitgeber im Ausland tätig? ja nein

Wenn ja von: _____ bis: _____

Hatten Sie unmittelbar vor Aufnahme dieser Tätigkeit im Ausland in den letzten fünf Jahren

a) einen zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz von: _____ bis: _____

b) eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz von: _____ bis: _____

Waren Sie unmittelbar vor Aufnahme dieser Tätigkeit im Ausland in den letzten fünf Jahren der freiwilligen Versicherung für Auslandschweizer angeschlossen? ja nein

Wenn ja von: _____ bis: _____

4 Unterschrift

Die Anmeldung wurde vollständig und den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend ausgefüllt.

Datum, Unterschrift Arbeitnehmer/in

Datum, Unterschrift Arbeitgeber/in

Freiwilliger Beitritt von nichterwerbstätigen Personen, die ihren versicherten Ehepartner ins Ausland begleiten

5 Angaben zur Person (nichterwerbstätige/r Ehepartner/in)

AHV-Nummer

7	5	6																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Nationalität _____
Strasse / Nr. _____ Wohnsitzstaat _____
Postfach _____ Wohnsitz im Ausland seit _____
PLZ / Ort _____ verheiratet seit _____
Ich übe eine Erwerbstätigkeit aus ja nein
Ort _____
seit _____

6 weitere Angaben

Der Ehepartner ist in der AHV/IV freiwillig obligatorisch versichert seit: _____
Arbeitgeber/in _____
Jährliches Einkommen _____

7 Bemerkungen

8 Unterschrift

Die Anmeldung wurde vollständig und den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend ausgefüllt.

Datum

Unterschrift nichterwerbstätige/r Ehepartner/in