

Gesuch um Weiterführung der obligatorischen Versicherung

Wir ersuchen um Weiterführung der obligatorischen Versicherung

Abrechnungs-Nummer	
Name und Adresse des Arbeitgebenden in der Schweiz	
Name	Vorname
Adresse	PLZ / Ort
Versicherten-Nr. 7 5 6	Geburtsdatum
Beginn der Tätigkeit	Tätigkeit in Staat

Gemäss Art. 1 Abs. 3 des AHV-Gesetzes können Personen schweizerischer oder ausländischer Nationalität, die im Ausland für einen Arbeitgebenden in der Schweiz tätig sind, unter gewissen Voraussetzungen die obligatorische AHV/IV weiterführen. Die Voraussetzungen für eine Weiterführung sind:

- Entlöhnung durch den Arbeitgebenden in der Schweiz
- Fünf aufeinanderfolgende Versicherungsjahre (obligatorisch oder freiwillig) vor Aufnahme der Tätigkeit im Ausland
- Einverständnis von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden

Das Gesuch muss spätestens 6 Monate nach dem Tag, an dem der Arbeitnehmende die Voraussetzungen für die Weiterführung der obligatorischen Versicherung erfüllt, eingereicht werden. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterführung der Versicherung nicht mehr möglich.

Der/die nichterwerbstätige Partner/in kann sich freiwillig der Versicherung anschliessen. Dazu ist die Anmeldung auf der Rückseite zu verwenden.

Bemerkungen

Ort und Datum	Unterschrift Arbeitnehmer/in
---------------	------------------------------

Ort und Datum	Unterschrift Arbeitgeber/in
---------------	-----------------------------

Freiwilliger Beitritt von nichterwerbstätigen Personen, die ihren versicherten Ehepartner oder ihre versicherte Ehepartnerin ins Ausland begleiten (Art. 1 Abs. 4 Bst. c AHVG).

Wird dieses Gesuch spätestens 6 Monate nach dem Tag, an dem der/die Ehepartner/in die Voraussetzungen für einen Beitritt zur Versicherung erfüllt, eingereicht, wird die Versicherung ohne Unterbruch weitergeführt. Wird das Gesuch erst nach Ablauf dieser Frist eingereicht, beginnt die Versicherung am ersten Tag des Monats nach der Beantragung.

Als nichterwerbstätige/r Ehepartner/in ersuche ich um Einbezug in die obligatorische Versicherung meines Ehegatten/meiner Ehegattin:

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Ort
Versicherten-Nr. 7 5 6	Geburtsdatum
Wohnsitz im Ausland seit	Staat

Bemerkungen

Ort und Datum	Unterschrift Ehepartner/in
---------------	----------------------------