

**Antragsformular für die Abklärung der Sozialversicherungspflicht in Deutschland nach dem endgültigen Verlassen der Schweiz**

**Formulario di richiesta per l'accertamento dell'obbligo di assicurazione sociale in Germania dopo l'uscita definitiva dalla Svizzera**

**Dem Antrag müssen die folgenden Unterlagen beigelegt werden:**

- Kopie des Reisepasses oder des Personalausweises
- Kopie der Abmeldebestätigung der Wohnsitzgemeinde
  - für Grenzgänger: Nachweis über das Ende des Arbeitsverhältnisses in der Schweiz (mit genauem Datum)
- Kopie des Versicherungsausweises oder der Austrittsabrechnung der letzten Vorsorgeeinrichtung

**Alla richiesta devono essere allegati i seguenti documenti:**

- Copia del passaporto e della carta d'identità
- Copia della notifica di partenza
  - per i frontalieri: Attestato di fine contratto di lavoro (con l'esatta data di fine contratto)
- Copia del certificato d'assicurazione oppure il conteggio di uscita dell'ultimo istituto di previdenza

---

**Vom Antragsteller auszufüllen:**

**Da compilare dal richiedente :**

Vorname(n):

Nome(i): .....

Nachname:

1° Cognome: .....

2. Nachname:

2° Cognome: .....

Nationalität:

Nazionalità: .....

Personalausweis-Nr.:

Carta d'identità N°: .....

Geburtsdatum:

Data di nascita: .....

AHV-Nr.:

AVS N°: .....

Deutsche Versicherungsnummer / N° d'assicurazione in Germania: .....

Ausreisedatum aus der Schweiz (Grenzgänger: Ende der Arbeitstätigkeit in der Schweiz):

Data di partenza dalla Svizzera (frontalieri : fine contratto di lavoro in Svizzera): .....

Adresse in der Schweiz / Indirizzo in Svizzera:

.....  
.....  
.....

Neue Adresse in Deutschland / Nuovo indirizzo in Germania:

.....  
.....  
.....

Vorsorgeeinrichtung in der Schweiz (Name + Adresse) / Istituto di previdenza in Svizzera (nome + indirizzo):

.....  
.....  
.....

Vertragsnummer / Numero di contratto: .....

Letzter Arbeitgeber in der Schweiz (Name + Adresse) / Ultimo datore di lavoro in Svizzera (nome + indirizzo):

.....  
.....  
.....

Die folgenden Fragen sind bezogen auf einen Stichtag **3 Monate nach** dem Datum der Ausreise aus der Schweiz bzw. nach Aufgabe der Erwerbstätigkeit in der Schweiz zu beantworten!

Le seguenti domande sono da completare in relazione al giorno della scadenza di **3 mesi dopo** la partenza dalla Svizzera, risp. dalla cessazione dell'attività lucrativa in Svizzera!

	ja si	nein no
Haben Sie eine abhängige Beschäftigung oder selbständige Erwerbstätigkeit in Deutschland / einem anderen EU-/EFTA-Staat* ausgeübt, die kraft Gesetzes versicherungspflichtig ist, oder haben Sie die Versicherungspflicht in der deutschen Rentenversicherung beantragt? <i>Ha esercitato un'attività lucrativa come impiegato oppure indipendente in Germania / in un altro paese dell'UE o dell'AELS, soggetta all'assicurazione sociale obbligatoria oppure ha chiesto di essere sottoposto al sistema d'assicurazione sociale tedesco?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Leistungen von der deutschen Bundesagentur für Arbeit (z.B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II) bezogen oder haben Sie solche Leistungen oder die Versicherungspflicht wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld beantragt? <i>Ha percepito prestazioni da parte dell'Agenzia federale tedesca per l'impiego (per esempio: sussidio di disoccupazione, sussidio di disoccupazione II) oppure ha chiesto di ottenere queste prestazioni o di essere sottoposto al sistema di assicurazione sociale per ricevere tali prestazioni?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie am Stichtag drei Monate nach der Ausreise aus der Schweiz bzw. (bei Grenzgängern) dem Beschäftigungsende in der Schweiz ein Kind in Deutschland erzogen, das das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hatte? <i>Al giorno della scadenza di tre mesi dopo la partenza definitiva dalla Svizzera o la cessazione di un'attività lucrativa in Svizzera (per i frontalieri), ha cresciuto figli in Germania che non avevano ancora raggiunto l'età di tre anni?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie Beamter oder Mitglied einer berufsständischen Versorgungseinrichtung und <u>deswegen</u> in der deutschen Rentenversicherung versicherungsfrei oder von der Rentenversicherungspflicht befreit? <i>Era funzionario o membro di un'associazione professionale e per questo motivo libero di assicurazioni nel ambito dell'assicurazione tedesca delle rendite o esonerato dall'assicurazione tedesca delle rendite?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Antragsteller ermächtigt den Sicherheitsfonds BVG, im Zusammenhang mit der Weiterleitung von Guthaben aus der beruflichen Vorsorge, seine Personendaten an die zuständige Behörde eines EU-/EFTA-Staates\* weiterzuleiten, sowie dieser Behörde das Ergebnis der Abklärung an den Sicherheitsfonds BVG zu übermitteln. Der Sicherheitsfonds BVG wird zudem ermächtigt alle beteiligten Stellen (kontoführende Einrichtungen und Antrag stellende Person) über das Ergebnis der Abklärung zu informieren.

*In relazione agli averi della previdenza professionale, il richiedente autorizza il Fondo di garanzia LPP a trasmettere all'istituto competente dello Stato dell'UE/AELS\* i suoi dati personali, così come autorizza l'istituto competente dello Stato dell'UE/AELS a trasmettere al Fondo di garanzia LPP, il risultato dell'accertamento. Il Fondo di garanzia viene inoltre autorizzato ad informare tutte le parti coinvolte (istituto che gestisce l'averi e richiedente) sul risultato dell'accertamento.*

Der Antragsteller bestätigt die Richtigkeit der oben stehenden Angaben.  
*Il richiedente conferma la correttezza dei dati qui sopra riportati.*

Ort, Datum:  
*Luogo, data:* .....

Unterschrift:  
*Firma:* .....

(Die Prüfung der Voraussetzungen für eine Barauszahlung und die Auszahlung der Freizügigkeitsleistung erfolgt durch die zuständige Vorsorgeeinrichtung. / *La verifica dei requisiti richiesti per un versamento in contanti e per il pagamento della prestazione di libero passaggio avviene attraverso l'Istituto di previdenza preposto.*)

\* EU-/EFTA-Staaten sind: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien und Nordirland, Republik Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, die Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern bzw. Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz

\* *Paesi dell'UE/AELE: Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Gran Bretagna, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Rep. Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria, Islanda, Norvegia, Principato del Liechtenstein, Svizzera*

**Von der ausländischen Stelle auszufüllen:**

**Da compilare dall'istituto straniero:**

Die ausländische Stelle bestätigt, dass oben erwähnte Person am ..... (Stichtag)  
*L'istituto competente conferma che la suddetta persona il ..... (giorno di riferimento)*

- der staatlichen Rentenversicherung unterstellt ist.  
*è soggetta all'assicurazione sociale obbligatoria.*
- der staatlichen Rentenversicherung **nicht** unterstellt ist.  
*non è soggetta all'assicurazione sociale obbligatoria.*

Ort, Datum:  
*Luogo, data:* .....

Unterschrift, Stempel:  
*Firma, timbro:* .....

**Diese Bestätigung ist nicht durch die Antrag stellende Person einzuholen, sondern wird vom Sicherheitsfonds BVG bei der ausländischen Stelle eingeholt.**

***Questa attestazione non deve essere richiesta dal richiedente, ma sarà il Fondo di garanzia LPP che la richiederà presso l'autorità straniera. La preghiamo quindi di non compilare questa parte del formulario.***

---

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular ist beim Sicherheitsfonds BVG, Geschäftsstelle, Postfach 1023, CH-3000 Bern 14 einzureichen. *Il formulario debitamente ed integralmente compilato e firmato va inviato al Fondo di garanzia LPP, Ufficio di direzione, Casella postale 1023, CH-3000 Berna 14.*