

Antragsformular für die Abklärung der Sozialversicherungspflicht in einem EU- oder EFTA-Staat nach dem endgültigen Verlassen der Schweiz

Application form to determine social insurance liability in an EU or EFTA Member State after permanent departure from Switzerland

Angaben über den Antragsteller
Information about the applicant

Vorname(n):
Forename(s):

1. Nachname: 2. Nachname:
1st surname: 2nd surname:

Nationalität: Personalausweis-Nr.:
Nationality: Personal identity document No:

Geburtsdatum: AHV – Nr.:
Date of birth: AHV – No:

Ausreisedatum aus der Schweiz: (Abmeldebestätigung beilegen)
Date of leaving Switzerland: (enclose the certificate of departure)

Adresse in der Schweiz / Adress in Switzerland:

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

Neue Adresse / New address:

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

Vorsorgeeinrichtung in der Schweiz:
Occupational benefit scheme in Switzerland:

Vertragsnummer:
Contract number:

Arbeitgeber (Name + Ort) / Employer (name + place):

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

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 diese 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.

The applicant authorises the LOB Guarantee Fund, for the purpose of passing on occupational benefit credit balances, to disclose his personal data to the competent body in an EU/EFTA country and authorises the competent body of a EU/EFTA country to inform the LOB Guarantee Fund of the outcome of the enquiries. The LOB Guarantee Fund is likewise authorised to inform all the parties involved (account keeping establishments and person making the application) of the outcome of the enquiries.

Der Antragsteller bestätigt die Richtigkeit der oben stehenden Angaben.
The applicant confirms the accuracy of the above information.

Ort, Datum:
Place, date:

Unterschrift:
Signature:

(Die Prüfung der Voraussetzungen für eine Barauszahlung und die Auszahlung der Freizügigkeitsleistung erfolgt durch die zuständige Vorsorgeeinrichtung. / The competent occupational benefit scheme examines the conditions for a cash payment and payment of the vested benefit.)

Von der zuständigen ausländischen Stelle auszufüllen:
To be completed by the competent foreign body:

Die zuständige Stelle bestätigt, dass oben erwähnte Person am (Datum der Prüfung)
The competent body confirms that the above person on (date of examination)

der staatlichen Rentenversicherung unterstellt ist.
is subject to the State pension insurance scheme.

der staatlichen Rentenversicherung **nicht** unterstellt ist.
*is **not** subject to the State pension insurance scheme.*

Ort, Datum:
Place, date:

Unterschrift, Stempel:
Signature, stamp:

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular ist dem Sicherheitsfonds BVG, Geschäftsstelle, Postfach 1023, CH-3000 Bern 14 einzureichen. Dem Antrag ist eine **Kopie des Reisepasses oder des Personalausweises** des Antragstellers beizulegen.

*The form is to be completed, signed and sent to LOB Guarantee Fund, Business Office, Postfach 1023, CH-3000 Berne 14. A **copy of the applicant's passport or personal identity document** is to be enclosed with the application.*