

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

Application form to determine social insurance liability in Greece after permanent departure from Switzerland

Αίτηση καθορισμού ασφαλιστικής κάλυψης στην Ελλάδα μετά από την μόνιμη αναχώρηση από την Ελβετία

Dem Antrag müssen die folgenden Unterlagen beigelegt werden:

- Kopie des Reisepasses oder der Identitätskarte
- Kopie der Abmeldebestätigung der Wohnsitzgemeinde
- Kopie des Versicherungsausweises oder der Austrittsabrechnung der letzten Vorsorgeeinrichtung

The following documents must be attached to the application:

- Copy of a passport or identity card
- Copy of confirmation of departure from the local authority of residence
- Copy of the insurance certificate or calculation of vested benefit from last occupational benefit scheme

Τα ακόλουθα έγγραφα θα πρέπει να επισυνάπτονται στην αίτηση:

- Αντίγραφο διαβατηρίου ή αστυνομικής ταυτότητας
- Αντίγραφο βεβαίωσης αναχώρησης από την Αρχή του τόπου διαμονής
- Αντίγραφο βεβαίωσης ασφάλισης ή υπολογισμού του κεκτημένου δικαιώματος από τον τελευταίο φορέα επαγγελματικής ασφάλισης

Angaben über den Antragsteller (BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN)

Information about the applicant (PLEASE FILL IN THE FORM CAPITAL LETTERS)

Πληροφορίες για τον αιτούντα (ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΜΕ ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ)

AMKA-Nr.

Hellenic Individual Social Security Number

Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Nachname:
1st Surname
1ο επώνυμο

2. Nachname:
2nd Surname
2ο επώνυμο

1. Vorname:
1st Forename
1. Ονομα

2. Vorname:
2nd Forename
2. Ονομα

Vorname(n) Vater:
Forename(s) of the father
Ονομα Πατέρα

Vorname(n) Mutter:
Forename(s) of the mother
Ονομα Μητέρας

Nationalität:
Nationality
Εθνικότητα

Geschlecht: f / m
Sex
Φύλο

Geburtsort:
Place of birth
Τόπος Γέννησης

Geburtsdatum:/...../.....
Date of birth dd mm yyyy
Ημερομηνία γέννησης

AHV – Nr.:
AHV – No

Ausreisedatum aus der Schweiz:/...../.....
Date of leaving Switzerland dd mm yyyy
Ημερομηνία αναχώρησης από την Ελβετία

Adresse in der Schweiz / *Address in Switzerland/ Διεύθυνση στην Ελβετία:*

Strasse / Nr.

Street / No

Οδός/Αριθμός:

Postleitzahl.....

ZIP Code

Ταχ. Κώδικας

Ort

City

Πόλη

Adresse in Griechenland / *Address in Greece/Διεύθυνση στην Ελλάδα:*

Strasse / Nr.

Street / No

Οδός/Αριθμός:

Postleitzahl.....

ZIP Code

Ταχ. Κώδικας:

Ort.....

City

Πόλη

Telefon Nr:

Phone No

Τηλέφωνο

Vorsorgeeinrichtung in der Schweiz:

Occupational benefit scheme in Switzerland

Επαγγελματικό Ταμείο στην Ελβετία

.....

.....

.....

Vertragsnummer:

Contract number

Αριθμός Συμβολαίου

Arbeitgeber in der Schweiz / *Employer in Switzerland//Εργοδότης στην Ελβετία:*

Name / *Name / Ονομα*.....

Adresse / *Address / Διεύθυνση*:.....

Beruf / *Profession / Επάγγελμα*:.....

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.

Ο αιτών εξουσιοδοτεί το LOB Guarantee Fund για τον σκοπό της μεταφοράς των επαγγελματικών δικαιωμάτων, να διαβιβάζει τα προσωπικά του δεδομένα στον αρμόδιο φορέα στην χώρα Ε.Ε./ ΕΟΧ και εξουσιοδοτεί τον αρμόδιο φορέα της χώρας Ε.Ε /ΕΟΧ να ενημερώνει όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (τα ιδρύματα τήρησης λογαριασμών και το πρόσωπο που υποβάλλει την αίτηση), για την έκβαση των ερευνών.

Der Antragsteller bestätigt die Richtigkeit der oben stehenden Angaben.
The applicant confirms the accuracy of the above information.
Ο αιτών βεβαιώνει την ακρίβεια των ανωτέρω πληροφοριών.

Ort, Datum:
Place, date
Τόπος, Ημερομηνία

Unterschrift:
Signature
Υπογραφή

(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/ Το αρμόδιο επαγγελματικό σύστημα εξετάζει τους όρους για παροχή σε χρήμα και την καταβολή του κεκτημένου δικαιώματος.*

Diese Bestätigung ist nicht durch die Antrag stellende Person einzuholen, sondern wird vom Sicherheitsfonds BVG bei der zuständigen Stelle eingeholt. / *This certification should not be applied directly by the applicant. The LOB Guarantee Fund will contact the competent authority / Η αίτηση αυτή δεν θα πρέπει να υποβάλλεται απευθείας από τον αιτούντα. Το LOB Guarantee Fund θα επικοινωνεί με την αρμόδια αρχή.*

Von der zuständigen ausländischen Stelle auszufüllen:
To be completed by the competent foreign body
Να συμπληρωθεί από τον αρμοδιο φορέα

Die zuständige Stelle bestätigt, dass oben erwähnte Person am(Datum der Prüfung)
The competent body confirms that the above person on (date of examination)
Η αρμόδια αρχή βεβαιώνει ότι το ανωτέρω πρόσωπο στη (ημερομηνία εξέτασης)

der staatlichen Rentenversicherung unterstellt ist.
is subject to the State pension insurance scheme.
Υπάγεται στο Κρατικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

der staatlichen Rentenversicherung **nicht** unterstellt ist.
is not subject to the State pension insurance scheme.
Δεν υπάγεται στο Κρατικό σύστημα κοιν.ασφάλισης.

Ort, Datum:
Place, date
Τόπος, ημερομηνία

Unterschrift, Stempel:
Signature, stamp
Υπογραφή, Σφραγίδα

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular ist dem Sicherheitsfonds BVG, Geschäftsstelle, Postfach 1023, CH-3000 Bern 14 einzureichen. *The form is to be completed, signed and sent to LOB Guarantee Fund, Business Office, Postfach 1023, CH-3000 Berne 14. Η αίτηση θα συμπληρώνεται, υπογράφεται και αποτέλλεται στο LOB Guarantee Fund, Business Office, Postfach 1023, CH-3000 Berne 14.*