



Hilfsblatt für die Bestimmung des anwendbaren Sozialversicherungsrechts bei Mehrfach­tätigkeit nach VO (EG) Nr. 883/2004 und VO (EG) Nr. 987/2009

Diese Abklärung ist notwendig, wenn eine Person die Staatsangehörigkeit der CH oder eines EU-/EFTA-Staates besitzt UND

- ihren Wohnsitz in der Schweiz hat UND
- mindestens in zwei Staaten der CH, EU oder EFTA tätig ist ODER
- in einem Staat der CH, EU oder EFTA tätig ist und Sozialversicherungsleistungen aus einem anderen Staat der CH, EU oder EFTA bezieht ODER
- auf dem Gebiet von verschiedenen Staaten eine besondere Erwerbstätigkeit ausübt (Beamte, Vertragsbedienstete der EU, Mitglieder von Flug- oder Kabinenbesatzung, Seeleute).

Es wird empfohlen, das Formular der zuständigen AHV-Ausgleichskasse für die Bestimmung des anwendbaren Sozialversicherungsrechts zu übermitteln.

Betroffene Person

Sozialversicherungsnummer der Schweiz (AHV-Nr.) (wenn bekannt)

Name(n)

Vorname(n) gemäss amtlicher Schreibweise

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

Alle Staatsangehörigkeiten

Adresszusatz/Postfach

Strasse und Nummer

PLZ

Ort

Land

Telefon

E-Mail

Obligatorische Krankenversicherung (KVG)

Aufenthaltsbewilligung für Staatsangehörige der EU/EFTA

L

B

G

C

Tätigkeit beim Arbeitgeber respektive als Selbstständigerwerbender (einen Abschnitt pro Tätigkeit ausfüllen)

Erwerbsart	Arbeitnehmer	Vertragsbedienstete der EU
	Selbstständigerwerbender	Mitglieder von Flug- oder Kabinenbesatzung
	Beamte und ihnen Gleichgestellte	Seeleute

Erwerbsland

Arbeitgeber / Firma

Firmenname

Kontaktperson

Adresszusatz/Postfach

Strasse und Nummer

PLZ

Ort

Land

Erwerbsumfang (%)

Aufnahme Arbeitsverhältnis/selbständige Tätigkeit (tt.mm.jjjj)

Ende bei befristetem Arbeitsvertrag (tt.mm.jjjj)

Tätigkeit beim Arbeitgeber respektive als Selbstständigerwerbender (einen Abschnitt pro Tätigkeit ausfüllen)

Erwerbsart	Arbeitnehmer	Vertragsbedienstete der EU
	Selbstständigerwerbender	Mitglieder von Flug- oder Kabinenbesatzung
	Beamte und ihnen Gleichgestellte	Seeleute
Erwerbsland		
Arbeitgeber / Firma		
Firmenname		
Kontaktperson		
Adresszusatz/Postfach		
Strasse und Nummer		
PLZ	Ort	
Land		
Erwerbsumfang (%)		
Aufnahme Arbeitsverhältnis/selbständige Tätigkeit (tt.mm.jjjj)		
Ende bei befristetem Arbeitsvertrag (tt.mm.jjjj)		

Tätigkeit beim Arbeitgeber respektive als Selbstständigerwerbender (einen Abschnitt pro Tätigkeit ausfüllen)

Erwerbsart	Arbeitnehmer	Vertragsbedienstete der EU
	Selbstständigerwerbender	Mitglieder von Flug- oder Kabinenbesatzung
	Beamte und ihnen Gleichgestellte	Seeleute
Erwerbsland		
Arbeitgeber / Firma		
Firmenname		
Kontaktperson		
Adresszusatz/Postfach		
Strasse und Nummer		
PLZ	Ort	
Land		
Erwerbsumfang (%)		
Aufnahme Arbeitsverhältnis/selbständige Tätigkeit (tt.mm.jjjj)		
Ende bei befristetem Arbeitsvertrag (tt.mm.jjjj)		

Sozialversicherungsleistungen

Beziehen Sie derzeit Leistungen aus einem der nachfolgenden Versicherungszweige

keine

Leistung bei Invalidität

Land

Institution

Beginn (tt.mm.jjjj)

Ende (tt.mm.jjjj)

Leistung bei Unfall

Land

Institution

Beginn (tt.mm.jjjj)

Ende (tt.mm.jjjj)

Leistung bei Krankheit

Land

Institution

Beginn (tt.mm.jjjj)

Ende (tt.mm.jjjj)

Leistung bei Arbeitslosigkeit

Land

Institution

Beginn (tt.mm.jjjj)

Ende (tt.mm.jjjj)

Leistung bei Mutterschaft

Land

Institution

Beginn (tt.mm.jjjj)

Ende (tt.mm.jjjj)

Andere (präzisieren)

Land

Institution

Beginn (tt.mm.jjjj)

Ende (tt.mm.jjjj)

Die Unterzeichnenden erklären, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Sie nehmen zur Kenntnis, dass sowohl in der Schweiz als auch in den EU- oder EFTA-Staaten Kontrollen durch die zuständigen Stellen durchgeführt werden können und im Falle falscher Angaben eine Unterstellung unter ein ausländisches Sozialversicherungssystem angeordnet werden kann.

Die Unterzeichnenden verpflichten sich, die zuständige AHV-Ausgleichskasse umgehend zu informieren, wenn sich die im vorliegenden Formular gemachten Angaben ändern. **Sie stellen sicher, dass auf dem gesamten in der Schweiz und im ausländischen Staat erzielten Erwerbseinkommen die Sozialversicherungsbeiträge in der Schweiz abgerechnet werden.**

Hinweis zum Datenschutz:

Die Angaben im vorliegenden Formular dienen der AHV-Ausgleichskasse zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben. Sie können erfasst und elektronisch gespeichert und unter Beachtung der schweizerischen Datenschutzvorschriften verwendet werden. Die hier gemachten Angaben können unter Beachtung der schweizerischen Datenschutzvorschriften den Organen einer anderen schweizerischen Sozialversicherung oder anderen gesetzlich legitimierten Institutionen zur Verfügung gestellt werden.

Der/die Arbeitnehmer/in oder Selbstständigerwerbende

Datum:

Unterschrift:

Der/die Arbeitgeber oder Selbstständigerwerbender

Datum:

Stempel und Unterschrift: