

Fragebogen 5

zur Abklärung der Beitragspflicht AHV/IV/EO für Nichterwerbstätige



A	<u>Personalien</u>	Gesuchsteller/in	Ehepartner/in	Zweigstelle: _____																																			
	Name (-Name Ehepartner)	_____	_____	Abr.-Nr.: _____																																			
	Vorname:	_____	_____	Zweigstellencode: _____																																			
	Strasse:	_____	_____	Branche: _____																																			
	PLZ/Ort:	_____	_____	Erfassung als: _____																																			
	Geburtsdatum:	_____	_____	ab: _____																																			
	Vers. -Nr.:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																		
	Telefon:	_____	_____																																				
	E-Mail-Adresse:	_____	_____																																				
	Schweizer Wohnsitz seit:	_____	_____																																				
	Nationalität:	_____	_____																																				
01	Ausländer: Kategorie:	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N																																				
02	<u>Studenten</u>	<u>Weltreisende</u>																																					
	Studium von _____ bis _____	Reisedauer von _____ bis _____																																					
	Lehranstalt: _____	Erwerbstätigkeit im Ausland: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																					
	Ort: _____	Wenn ja: von _____ bis _____																																					
03	<u>Weitere Fragen an den Gesuchsteller/die Gesuchstellerin</u>																																						
	Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet																																						
	seit _____ (bei gerichtlicher Trennung oder Scheidung: Datum der Rechtskraft des Urteils)																																						
	Bis wann haben Sie beitragspflichtiges Einkommen erzielt? _____																																						
	als <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in;	Arbeitgeber: _____																																					
	<input type="checkbox"/> Selbständigerwerbende/r;	Ausgleichskasse: _____																																					
	<input type="checkbox"/> Nichterwerbstätige/r;	Ausgleichskasse: _____																																					
	<input type="checkbox"/> ALV-Bezüger/in;	Arbeitslosenkasse: _____																																					
	Wie hoch war das AHV-pflichtige Einkommen im Jahr der Erwerbsaufgabe Fr. _____																																						
	bzw. wie hoch war die Arbeitslosenentschädigung im Jahr der Aussteuerung? (Lohnabrechnung bzw. Lohnausweis beilegen)																																						
	Beabsichtigen Sie, in Zukunft wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ab _____																																						
04	<u>Weitere Fragen an den Ehepartner der Gesuchstellerin/die Ehepartnerin des Gesuchstellers</u>																																						
	Sind Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Datum der Erwerbsaufgabe: _____																																						
	Falls ja:	<input type="checkbox"/> als Arbeitnehmer/in (und/oder) Arbeitgeber: _____	<input type="checkbox"/> als Selbständigerwerbende/r Ausgleichskasse: _____																																				
	Beschäftigungsumfang:	<input type="checkbox"/> 9–12 Monate zu mindestens 50 %	<input type="checkbox"/> 9–12 Monate zu mindestens 50 %																																				
		<input type="checkbox"/> weniger: _____	<input type="checkbox"/> weniger: _____																																				
		AHV-pflichtiges Jahreseinkommen: Fr. _____	AHV-pflichtiges Jahreseinkommen: Fr. _____																																				
	Beziehen Sie Taggelder der Invaliden- oder Arbeitslosenversicherung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Fr. _____																																						

