

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

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

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 Liechtenstein:
Date of leaving Liechtenstein:

Adresse in Liechtenstein / Address in Liechtenstein:
.....
.....

Neue Adresse / New address:
.....
.....

Vorsorgeeinrichtung in Liechtenstein:
Occupational benefit scheme in Liechtenstein:

Arbeitgeber in Liechtenstein (Name + Ort) / Employer in Liechtenstein (name + place):
.....
.....

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

Ort, Datum: Unterschrift:
Place, date: Signature:

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: Unterschrift, Stempel:
Place, date: Signature, stamp: