

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

Hinweis: Die Bestätigung der zuständigen Behörde über das Bestehen oder Nichtbestehen der Versicherungsspflicht in der obligatorischen Rentenversicherung kann frühestens drei Monate nach Ausreise aus dem Wirtschaftsraum Liechtenstein/Schweiz erfolgen.

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

Note: The confirmation of the competent authority regarding the existence or non-existence of the insurance obligation in the compulsory pension insurance can be made at the earliest three months after leaving the Liechtenstein/Switzerland economic area.

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 obenstehenden 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 Behörde 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: