



Antrag zur Weitergeltung des schweizerischen Sozialversicherungsrechts (Ausnahmeregelung)

Das ausgefüllte Formular ist beim Bundesamt für Sozialversicherungen, Effingerstrasse 20, 3003 Bern einzureichen.

Für Anträge auf Entsendungsverlängerungen und langfristige Entsendungen verwenden Sie bitte den «Antrag zur Weitergeltung des schweizerischen Sozialversicherungsrechts während einer vorübergehenden Tätigkeit im Ausland»

Gemäss Artikel 28 ATSG müssen die Versicherten und der Arbeitgeber sämtliche für den Vollzug der Sozialversicherungsgesetze benötigten Angaben liefern.

Es ist zwingend Druckschrift zu verwenden. Sowohl der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin wie auch der Arbeitgeber oder der/die Selbstständigerwerbende müssen das Formular in den dazu vorgesehenen Feldern am Formularende unterzeichnen. Unvollständige Anträge werden nicht bearbeitet.

Es besteht kein Anspruch auf Abschluss einer Ausnahmerevereinbarung.

Betroffene Person

Sozialversicherungsnummer der Schweiz (AHV-Nr.)

Name(n)

Geburtsname(n)

Vorname(n) gemäss amtlicher Schreibweise

Geschlecht

☐

männlich

☐

weiblich

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

Geburtsort

Alle Staatsangehörigkeiten

Krankenversicherung

Derzeitiger Krankenversicherer

☐

Die Person ist von der obligatorischen Schweizerischen KVG befreit. *Bestätigung der zuständigen kantonalen Behörde beilegen.*

Wohnsitz

Adresszusatz/Postfach

Strasse und Nummer

PLZ

Ort

Land

Telefon

E-Mail

Antrag zur Weitergeltung des schweizerischen Sozialversicherungsrechts für die Dauer

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Tätigkeit in der Schweiz

Erwerbsart

- ☐ Arbeitnehmer ☐ Keine Erwerbstätigkeit in der Schweiz
☐ Selbstständigerwerbender ☐ Vertragsbedienstete der EU
☐ Beamte und ihnen Gleichgestellte ☐ Seeleute
☐ Mitglieder von Flug- oder Kabinenbesatzung

Erwerbsumfang (Arbeitszeit oder Einkommen)

- ☐ weniger als 5% ☐ 5% - 24% ☐ 25% oder mehr

Firmenname

Unternehmens-Identifikationsnummer UID (wenn vorhanden)

Kontaktperson

Adresszusatz/Postfach

Strasse und Nummer

PLZ

Ort

Land

Telefon

E-Mail

Beginn des Arbeitsverhältnisses bzw. der selbstständigen Tätigkeit am (tt.mm.jjjj)

Ende des Arbeitsverhältnisses bzw. der selbstständigen Tätigkeit (falls anwendbar) am (tt.mm.jjjj)

Datum der Unterstellung unter die AHV (tt.mm.jjjj)

Derzeit zuständige schweizerische AHV-Ausgleichskasse (AHVG)

Abrechnungsnummer bei der AHV-Ausgleichskasse

Derzeit zuständige schweizerische Pensionskasse (BVG)

☐ Die Person ist von der obligatorischen Schweizerischen BVG befreit. *Bestätigung der beruflichen Vorsorgeeinrichtung beilegen.*

Derzeit zuständiger schweizerischer Unfallversicherer (UVG)

Bezieht während der Dauer der verlangten Ausnahmevereinbarung Leistungen einer schweizerischen Sozialversicherung

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Art(en) der Leistung(en) und Bezugsdauer angeben

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Tätigkeit im Ausland (1)

Land

Erwerbsart

- ☐ Arbeitnehmer ☐ Keine Erwerbstätigkeit in diesem Land
☐ Selbstständigerwerbender ☐ Vertragsbedienstete der EU
☐ Beamte und ihnen Gleichgestellte ☐ Seeleute
☐ Mitglieder von Flug- oder Kabinenbesatzung

Erwerbsumfang (Arbeitszeit oder Einkommen)

- ☐ weniger als 5% ☐ 5% - 24% ☐ 25% oder mehr

Anschrift (falls bekannt)

Firmenname

Kontaktperson

Adresszusatz/Postfach

Strasse und Nummer

PLZ

Ort

Land

Telefon

E-Mail

☐ keine feste Anschrift bekannt

Beginn des Arbeitsverhältnisses bzw. der selbstständigen Tätigkeit am (tt.mm.jjjj)

Ende des Arbeitsverhältnisses bzw. der selbstständigen Tätigkeit (falls anwendbar) am (tt.mm.jjjj)

Voraussichtliche Dauer der vorübergehenden Tätigkeit, Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Es wurden Beiträge an die Sozialversicherungen dieses Landes bezahlt

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Zeiten angeben

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Bezieht während der Dauer der verlangten Ausnahmevereinbarung Leistungen einer Sozialversicherung dieses Landes

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Art(en) der Leistung(en) und Bezugsdauer angeben

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Tätigkeit im Ausland (2)

Land

Erwerbsart

- ☐ Arbeitnehmer ☐ Keine Erwerbstätigkeit in diesem Land
☐ Selbstständigerwerbender ☐ Vertragsbedienstete der EU
☐ Beamte und ihnen Gleichgestellte ☐ Seeleute
☐ Mitglieder von Flug- oder Kabinenbesatzung

Erwerbsumfang (Arbeitszeit oder Einkommen) ☐ weniger als 5% ☐ 5% - 24% ☐ 25% oder mehr

Anschrift (falls bekannt)

Firmenname

Kontaktperson

Adresszusatz/Postfach

Strasse und Nummer

PLZ

Ort

Land

Telefon

E-Mail

☐ keine feste Anschrift bekannt

Beginn des Arbeitsverhältnisses bzw. der selbstständigen Tätigkeit am (tt.mm.jjjj)

Ende des Arbeitsverhältnisses bzw. der selbstständigen Tätigkeit (falls anwendbar) am (tt.mm.jjjj)

Voraussichtliche Dauer der vorübergehenden Tätigkeit, Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Es wurden Beiträge an die Sozialversicherungen dieses Landes bezahlt

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, Zeiten angeben

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Bezieht während der Dauer der verlangten Ausnahmevereinbarung Leistungen einer Sozialversicherung dieses Landes

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, Art(en) der Leistung(en) und Bezugsdauer angeben

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Vertretung des Arbeitgebers oder des Selbstständigerwerbenden (optional). Vollmacht beilegen

Name des Vertreters

Kontaktperson

Adresszusatz/Postfach

Strasse und Nummer

PLZ

Ort

Land

Telefon

E-Mail

Antragsbegründung und Bemerkungen

Die Unterzeichnenden erklären, dass alle Angaben den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Sie nehmen zur Kenntnis, dass sowohl in der Schweiz als auch im Einsatzland durch die zuständigen Stellen Kontrollen durchgeführt werden können und falsche Angaben in diesem Antrag zum Widerruf der Ausnahmevereinbarung führen können.

Die Unterzeichnenden verpflichten sich, das Bundesamt für Sozialversicherungen umgehend zu informieren, wenn sich die im Antrag gemachten Angaben ändern. Sie stellen sicher, dass auf dem gesamten in der Schweiz und im Einsatzland erzielten Erwerbseinkommen die Sozialversicherungsbeiträge in der Schweiz abgerechnet werden.

Mit der Unterzeichnung dieses Antrags stimmen der oder die Arbeitgeber zu, Beiträge nach den geltenden schweizerischen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit zu entrichten.

Hinweis zum Datenschutz:

Die Angaben im vorliegenden Formular dienen der AHV-Ausgleichskasse sowie dem Bundesamt für Sozialversicherungen zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben. Sie werden erfasst und elektronisch gespeichert und unter Beachtung der schweizerischen Datenschutzvorschriften verwendet. 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 oder die Arbeitgeber

Daten:

Stempel und Unterschriften:

Wichtige Informationen:

Die betroffenen Versicherten bleiben gemäss den schweizerischen Rechtsvorschriften beitragspflichtig in Bezug auf die: **AHV/IV/EO/ (ALV), Familienzulagen (FZ), Unfallversicherung (UVG)** sowie sämtliche allfälligen Vergütungen durch den ausländischen Arbeitgeber. Sie bleiben grundsätzlich auch der **obligatorischen beruflichen Vorsorge (BVG)** und der schweizerischen **obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KVG)** unterstellt.

Je nach Wohnort der Kinder **können die Familienzulagen gekürzt werden**; die Höhe der Zulagen berechnet sich nach der Kaufkraft des Wohnlandes. **Es kann sogar vorkommen, dass die Familienzulagen ganz entfallen.**