

## AHV-Beitragspflicht

## Anmeldung Nichterwerbstätige

Sind Sie bereits als Nichterwerbstätige/r bei einer anderen Ausgleichskasse (AK) angeschlossen?

Falls ja, AK: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

(bitte Kopie der entsprechenden Verfügung oder Abrechnung beilegen – in diesem Fall ist der restliche Fragebogen nicht mehr auszufüllen)

### Personalien

Familienname(n)	Versichertennummer
Vorname(n)	Geburtsdatum
Geschlecht	Nationalität
Aktueller Zivilstand <input type="radio"/> Ledig <input type="radio"/> Verheiratet <input type="radio"/> Gerichtlich getrennt <input type="radio"/> Geschieden <input type="radio"/> Verwitwet	Korrespondenzsprache <input type="radio"/> Englisch <input type="radio"/> Französisch <input type="radio"/> Deutsch <input type="radio"/> Italienisch
seit (TT.MM.JJJJ)	

### Wohnsitz (Steuerdomizil)

Adresszusatz		Telefon
Strasse		Mobile
Postfach		Fax
Plz	Ort	E-Mail

### Zustelladresse (falls abweichend von Wohnsitz)

Empfänger		
Adresszusatz		Telefon
Strasse		Fax
Postfach		
Plz	Ort	

## Auszahlungsadresse (für allfällige Beitragsrückerstattungen)

IBAN Nummer
_____

Wenn die IBAN-Nummer nicht bekannt ist, bitte nachfolgende Informationen angeben:

Zahlungsweg <input type="radio"/> Bank <input type="radio"/> Post	Postkonto
Clearing-Nr/Bank	
Kontoinhaber/in	

## Angaben über die Erwerbstätigkeit (Antragsteller/in)

Datum der Erwerbsaufgabe	Letzter Arbeitgeber
Waren Sie selbständig erwerbend? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse
Welches AHV-pflichtige Einkommen haben Sie im Jahr der Erwerbsaufgabe noch erzielt? (CHF)  (Arbeitnehmer/in: Bitte Kopie der Lohnunterlagen beilegen) (Selbständige/r: Bitte Kopie der letzten Beitragsverfügung beilegen)	
Üben Sie gegenwärtig noch eine selbständige Erwerbstätigkeit aus? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse
Sind Sie zurzeit noch als Arbeitnehmer/in tätig? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, zuständiger Arbeitgeber
In welchem Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus? <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, in Prozent _____ %	Voraussichtliches Jahreseinkommen ca. (CHF)
Beziehen Sie Arbeitslosenentschädigung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, zuständige Arbeitslosenkasse
Falls ja, Periode (von - bis)	Höhe der ALV-Taggelder pro Jahr (Leistungsausweis beilegen)? (CHF)

## Personalien Partner/in

Familienname(n)	Versichertennummer
Vorname(n)	Geburtsdatum
Geschlecht	Nationalität
Korrespondenzsprache <input type="radio"/> Englisch <input type="radio"/> Französisch <input type="radio"/> Deutsch <input type="radio"/> Italienisch	

## Wohnsitz (Steuerdomizil)

Adresszusatz		Telefon
Strasse		Mobile
Postfach		Fax
Plz	Ort	E-Mail

## Zustelladresse (falls abweichend von Wohnsitz)

Empfänger		
Adresszusatz		Telefon
Strasse		Fax
Postfach		
Plz	Ort	

## Auszahlungsadresse (für allfällige Beitragsrückerstattungen)

IBAN Nummer
_____

Wenn die IBAN-Nummer nicht bekannt ist, bitte nachfolgende Informationen angeben:

Zahlungsweg <input type="radio"/> Bank <input type="radio"/> Post	Kontonummer
Clearing-Nr/Bank (inkl Bankadresse)	
Kontoinhaber/in	

## Angaben über die Erwerbstätigkeit (Partner/in)

Sind Sie als Arbeitnehmer/in erwerbstätig? <input type="radio"/> Ja, seit _____ <input type="radio"/> Nein, _____	Falls ja, zuständiger Arbeitgeber
In welchem Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus? <input type="radio"/> Vollzeit <input type="radio"/> Teilzeit, in Prozent _____ %	
Sind Sie selbständigerwerbend? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse
Welches AHV-pflichtige Einkommen erzielen Sie bzw. erzielten Sie im Jahr der Erwerbsaufgabe?  (Arbeitnehmer/in: Bitte Kopie der Lohnunterlagen beilegen) (Selbständige/r: Bitte Kopie der letzten Beitragsverfügung beilegen)	
Beziehen Sie Arbeitslosenentschädigung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, zuständige Arbeitslosenkasse
Falls ja, Periode (von - bis)	Höhe der ALV-Taggelder pro Jahr (Leistungsausweis beilegen)?

## Finanzielle Verhältnisse

Empfangen Sie Leistungen? <input type="radio"/> Empfänger von Fürsorgeleistungen <input type="radio"/> Ergänzungsleistungen (Kopie Verfügung beilegen)
--

### Massgebendes Vermögen

(Kopie des Steuerveranlagungsprotokolls, wenn vorhanden, sonst Kopie der ausgefüllten Steuererklärung)

Bitte deklarieren Sie das gesamte in- und ausländische **Reinvermögen** beider Partner (vor Abzug des Steuerfreibetrages).

Reinvermögen gemäss letzter Steuererklärung (CHF)	
Hat sich Ihr Vermögen seit dieser Taxation verändert? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Falls ja, um wieviel (+ oder -)
Sind im Vermögen Grundstücke und/oder Liegenschaften enthalten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Für die AHV-Beitragsbemessung (eidgenössisch) ist nicht der kantonale amtliche Steuerwert der Liegenschaften oder Grundstücke massgebend, sondern der interkantonale Repartitionswert (Bundessteuerwert). Grund dafür ist die unterschiedliche Bewertung der Liegenschaften durch die Kantone. Die Ausgleichskasse berechnet provisorisch den Repartitionswert aufgrund der ihr zur Verfügung gestellten Unterlagen. Für die definitive Bewertung ist jedoch grundsätzlich der von der zuständigen kantonalen Steuerverwaltung gemeldete Repartitionswert massgebend. Folgende Liegenschaften sind im gemeldeten Reinvermögen enthalten:

	Grundstück/ Liegenschaft Nr. 1	Grundstück/ Liegenschaft Nr. 2	Grundstück/ Liegenschaft Nr. 3
Kantonaler Steuerwert/amtlicher Wert/Katasterschätzung (CHF)			
In welchem Kanton befindet sie sich? (sofern nicht in der Schweiz, Staat aufführen)			

## Massgebendes Renteneinkommen

Bitte deklarieren Sie Einkünfte (**beider Ehegatten bzw. beider Partner**) für die Zeit ab Beginn der Beitragspflicht als Nichterwerbstätige/r. Unregelmässig ausbezahlte Leistungen (z.B. Unterbrechungen der Auszahlungen oder Veränderungen des Auszahlungsbetrages) sind getrennt aufzuführen.

### Nicht zum massgebenden Renteneinkommen gehören:

- Vermögensertrag
- Sozialhilfe und Fürsorgeleistungen
- Taggelder der Arbeitslosenversicherung
- Leistungen der IV und EO sowie kantonale Ergänzungsleistungen zur AHV und IV
- Familienrechtliche Unterhalts- und Unterstützungsbeiträge, die nicht aufgrund einer Ehescheidung erfolgen

	Periode von - bis	Antragsteller/in CHF pro Monat	Partner/in CHF pro Monat
Beziehen Sie eine Rente der AHV (ausgenommen IV-Rente)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Beziehen Sie eine Pension/Rente von einer Pensionskasse, Stiftung, Gruppen- oder Einzelversicherung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Beziehen Sie eine Überbrückungsrente bis zum Einsetzen der ordentlichen AHV- oder IV-Rente? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Beziehen Sie eine Rente der Unfallversicherung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Beziehen Sie ausländische Renten (bitte Währung angeben)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Beziehen Sie Taggelder von Krankenkassen und/oder anderen Versicherungen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Beziehen Sie Alimente (ohne Unterhaltsbeiträge für Kinder)? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Beziehen Sie eine Rente der Militärversicherung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Beziehen Sie Leistungen aus Leibrenten- und Verpfändungsverträgen oder ähnlichen Vereinbarungen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
Mietwert der unentgeltlich zur Verfügung gestellten Wohnung (ohne Mietwert der eigenen Wohnung)?			
Beziehen Sie andere wiederkehrende Leistungen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			

## Einzureichende Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Steuerveranlagungsprotokoll (wenn nicht vorhanden: Steuererklärung)
- Kopie Lohnunterlagen
- Kopie Beitragsverfügung
- Kopie Studienbestätigung
- Kopie Bescheid der Pensionskassen

# Bestätigung

Der Fragebogen ist vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt worden.

Bemerkungen	
Ort und Datum	Unterschrift Antragsteller/in
Ort und Datum	Unterschrift Partner/in