

Anmeldung Arbeitnehmer/in ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANobAG)

1. Arbeitnehmer/in

| | | | |
|---|--------------|---|-------------------|
| Familienname | Vorname | Titel | |
| Versichertennummer | Geburtsdatum | Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W | Nationalität |
| Aktueller Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft | | | seit (TT.MM.JJJJ) |

2. Wohnsitz (Steuerdomizil)

| | | |
|--------------|----------|---------|
| Adresszusatz | | |
| Strasse/Nr. | Postfach | PLZ/Ort |
| Telefon | E-Mail | |

3. Abweichende Zustelladresse

| | | |
|-------------|--------------|---------|
| Empfänger | Adresszusatz | |
| Strasse/Nr. | Postfach | PLZ/Ort |
| Telefon | E-Mail | |

4. Auszahlungsadresse

| |
|--|
| IBAN (21-stellig) C H <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Kontoinhaber/in |

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

Zahlungsweg:

Bank Post

Postkonto

Bankkonto/Bank

Clearing-Nr./Bank

5. Erwerbseinkommen

Voraussichtliches Erwerbseinkommen im laufenden Jahr

Periode (von–bis)

Einkommen Vorjahr

Periode (von–bis)

6. Familienzulagen

Arbeitnehmende mit Kindern oder Jugendlichen in Ausbildung bitte separate Anmeldung für Kinderzulagen einreichen.

7. Angaben Arbeitgeber

Firmenname

Branche

Gründungsdatum

8. Geschäftsadresse Arbeitgeber

Adresszusatz

Strasse

Postfach

PLZ/Ort

Region

Land

Telefon

E-Mail

9. Berufliche Vorsorge

Sind Sie als Arbeitnehmende/r von ausländischen (EU-/EFTA-Staaten) Arbeitgebern einer registrierten Vorsorgeeinrichtung (VE) angeschlossen? Ja Nein Anschluss pendent

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

Policen-Nummer

(bitte Kopie der Anschlussvereinbarung beilegen)

Befreiungsgründe:

- auf max. 3 Monate befristete Arbeitsverträge
- Löhne unter Koordinationsbetrag (CHF 20520.–/Jahr bzw. CHF 1710.–/Monat)
- ANobAG ist im Sinn der IV zu mindestens 70 % invalid
- ANobAG ist bereits im Haupterwerb BVG-pflichtig
- ANobAG ist nicht EU-/EFTA-/CH-Bürger
- Arbeitgeber nicht EU/EFTA
- freiwilliger ANobAG

10. Obligatorische Unfallversicherung

Sind Sie als Arbeitnehmende/r einer obligatorischen Unfallversicherung angeschlossen?

- Ja Nein

Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft
(z. B. SUVA)

Policen-Nummer

(bitte Kopie des Vertrages/der Police beilegen)

11. Einzureichende Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Arbeitsvertrag
- Kopie BVG-Anschlussvereinbarung
- Kopie UVG-Vertrag/Police

12. Bestätigung

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift

13. Bestätigung der AHV-Zweigstelle

- Die vorstehenden Angaben wurden geprüft
- Beilagen
- Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift der AHV-Zweigstelle/Stempel