

Anmeldung Nichterwerbstätige/r

A. Nichterwerbstätige/r

1 Personalien

Familiennamen		AHV-Versichertennummer	
Vorname(n)		Geburtsdatum	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Titel	
Aktueller Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden		Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch	
seit		Nationalität	

2 Wohnsitzadresse

Strasse		Telefon	
Postfach		Fax	
PLZ	Ort	E-Mail	

3 Zustelladresse (falls nicht identisch mit Wohnsitzadresse)

Name, Vorname		Strasse	
PLZ	Ort	E-Mail	

4 Auszahlungsadresse

Diese Angaben werden für die Rückzahlung allfällig zuviel bezahlter Beiträge benötigt.

IBAN Nummer (21-stellig)

<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"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Falls die IBAN-Nummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte folgende Informationen an:

Zahlungsweg <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Post	Postkonto
Clearing-Nr. Bank	Bankkonto

5 Angaben zur Erwerbstätigkeit

Datum der Erwerbsaufgabe	Letzter Arbeitgeber (Name und vollständige Adresse)
Waren Sie selbständig erwerbend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja, zuständige Ausgleichskasse
Welches Einkommen haben Sie im Jahr der Erwerbsaufgabe erzielt (Betrag in Franken)?	→ Arbeitnehmer/in: Bitte Kopie des Lohnausweises beilegen. → Selbständigerwerbende/r: Bitte Kopie des letzten Abschlusses beilegen.
Praxisverkauf per (Datum)	Liquidationsgewinn aus Praxisverkauf (Betrag in Franken)
Sind Sie noch erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Voraussichtliches Jahreseinkommen (Betrag in Franken)
Wenn ja: Welche Form der Erwerbstätigkeit üben Sie aus? <input type="checkbox"/> Selbständigerwerbende/r <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer/in	Arbeitspensum in %

B. Ehepartner/in des/r Nichterwerbstätigen

6 Personalien

Familienname	AHV-Versichertennummer
Vorname(n)	Geburtsdatum
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Titel
Aktueller Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch
seit	Nationalität

7 Wohnsitzadresse (falls nicht identisch mit Adresse Ehepartner/in)

Strasse	Telefon
Postfach	Fax
PLZ	E-Mail
Ort	

8 Zustelladresse (falls nicht identisch mit Wohnsitzadresse)

Name, Vorname	Strasse
PLZ	E-Mail
Ort	

9 Auszahlungsadresse (falls nicht identisch mit Auszahlungsadresse Ehepartner/in)

Diese Angaben werden für die Rückzahlung allfällig zuviel bezahlter Beiträge benötigt.

IBAN Nummer (21-stellig)

<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"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Falls die IBAN-Nummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte folgende Informationen an:

Zahlungsweg

Bank Post

Postkonto

Clearing-Nr. Bank

Bankkonto

10 Angaben zur Erwerbstätigkeit

Datum der Erwerbsaufgabe

Letzter Arbeitgeber (Name und vollständige Adresse)

Waren Sie selbständig erwerbend?

Ja Nein

Falls ja, zuständige Ausgleichskasse

Welches Einkommen haben Sie im Jahr der Erwerbsaufgabe erzielt (Betrag in Franken)?

→ Arbeitnehmer/in: Bitte **Kopie des Lohnausweises** beilegen.
→ Selbständigerwerbende/r: Bitte **Kopie des letzten Abschlusses** beilegen.

Praxisverkauf per (Datum)

Liquidationsgewinn aus Praxisverkauf (Betrag in Franken)

Sind Sie noch erwerbstätig?

Ja Nein

Voraussichtliches Jahreseinkommen (Betrag in Franken)

Wenn ja: Welche Form der Erwerbstätigkeit üben Sie aus?

Selbständigerwerbende/r Arbeitnehmer/in

Arbeitspensum in %

C. Finanzielle Verhältnisse

11 Vermögen

Anzugeben ist das gesamte reine in- und ausländische Vermögen beider Ehepartner (vor Abzug des Steuerfreibetrages); dabei sind die Immobilien (Liegenschaften und Grundstücke) zum interkantonalen Repartitionswert zu berücksichtigen. Bitte senden Sie uns eine **Kopie der letzten Steuerveranlagung (inkl. Details zur Veranlagung) oder der letzten Steuererklärung**.

Reinvermögen am

Reinvermögen in Franken

12 Ergänzungsleistungen

Nichterwerbstätige Personen, die Ergänzungsleistungen nach dem Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) beziehen, haben in jedem Fall den Mindestbeitrag zu entrichten.

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen nach dem ELG?

Ja Nein

seit (bitte **Kopie der Verfügung** beilegen)

13 Renteneinkommen

Tragen Sie bitte auf der nächsten Seite in den entsprechenden Feldern das in- und ausländische Renteneinkommen für die Zeit ab Beginn der Beitragspflicht als Nichterwerbstätige/r ein. Bei Verheirateten ist auch das Renteneinkommen des Ehegatten anzugeben. Erfolgt Leistungen für verschiedene Zeitabschnitte, sind diese getrennt aufzuführen. Nicht anzugeben sind die Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung. Bitte legen Sie die **entsprechenden Kopien der Verfügungen und Bescheinigungen** bei.

Leistungen	von Monat	bis Monat	Höhe pro Monat (in Franken)	Bemerkungen
Unfalltaggeld				
Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Ehepartner/in	_____	_____	_____	
Krankentaggeld				
Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Ehepartner/in	_____	_____	_____	
Altersrente der AHV (auch vorbezogene Altersrente der AHV)				
Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Ehepartner/in	_____	_____	_____	
Kinderrente der AHV (welche mit der Altersrente der AHV ausbezahlt wird)				
Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Ehepartner/in	_____	_____	_____	
Witwen-/Witwerrente der AHV (ohne Waisenrente)				
Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Ehepartner/in	_____	_____	_____	
Rente der Pensionskasse (inkl. Überbrückungs- und Zusatzrente)				
Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Ehepartner/in	_____	_____	_____	
Renten ausländischer Sozialversicherungen				
Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Ehepartner/in	_____	_____	_____	
andere Renteneinkommen				
Art	_____			_____
Antragsteller/in	_____	_____	_____	
Ehepartner/in	_____	_____	_____	
erhaltene Unterhaltsleistungen von Geschiedenen (ohne Kinderalimente)				
Antragsteller/in	_____	_____	_____	_____
Ehepartner/in	_____	_____	_____	
Total			_____	

Die definitiven Bemessungsgrundlagen werden der Ausgleichskasse von der Steuerbehörde mitgeteilt. Die Akontobeiträge werden aufgrund Ihrer Selbstangaben festgesetzt. Weitere Informationen über die Beitragspflicht und die persönlichen Beiträge finden Sie unter www.medisuisse.ch. Für Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ich/wir bestätige/n die Richtigkeit der gemachten Angaben:

Der/die Antragsteller/in

Ort, Datum

Unterschrift

Der/die Ehepartner/in

Ort, Datum

Unterschrift