

Name und Mitgliednummer  
Arbeitgeber/-in: \_\_\_\_\_

## Gesuch um Weiterführung der obligatorischen Versicherung

Wir ersuchen um Weiterführung der obligatorischen Versicherung für

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Beginn der Tätigkeit im  
ausländischen Staat: \_\_\_\_\_

Staat: \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Grundlagen und Vorgehen

Gemäss Art. 1a Abs. 3 lit. a des AHV-Gesetzes können Personen schweizerischer oder ausländischer Nationalität, die für einen Arbeitgeber mit Sitz in der Schweiz im Ausland tätig sind, unter gewissen Voraussetzungen die obligatorische AHV/IV/EO und ALV weiterführen. Die Voraussetzungen für eine Weiterführung sind:

- Lohnauszahlung durch einen Arbeitgeber in der Schweiz;
- Fünf aufeinander folgende Versicherungsjahre (obligatorisch oder freiwillig) unmittelbar vor der Aufnahme der Erwerbstätigkeit im Ausland oder nach Ablauf der Entsendedauer;
- Einverständnis von Arbeitnehmendem und Arbeitgebendem.

**Das Gesuch muss spätestens sechs Monate nach dem Tag, an dem der Arbeitnehmende die Voraussetzungen für die Weiterführung der obligatorischen Versicherung erfüllt, eingereicht werden. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterführung der Versicherung nicht mehr möglich.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/-in: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arbeitnehmer/-in: \_\_\_\_\_

## Bewilligung

Das auf der Vorderseite gestellte Gesuch um Weiterführung der obligatorischen Versicherung wird während der Tätigkeit für den/die vorgenannte/n Arbeitgeber/-in bewilligt.

Ort, Datum: Zürich, \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift  
Ausgleichskasse «Versicherung»: \_\_\_\_\_

Die versicherte Person sowie ihre Arbeitgeberin bzw. ihr Arbeitgeber können in gegenseitigem Einverständnis von der Versicherung unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf Ende eines Monats zurücktreten.

Die weitergeführte Versicherung endet grundsätzlich, sobald sich die versicherte Person nicht mehr im Arbeitsverhältnis befindet, das ihr die Weiterführung der AHV/IV/EO und ALV erlaubte.

Bewilligung zweifach an:

- Arbeitnehmer/-in (via Arbeitgeber/-in)
- Arbeitgeber/-in

## Kündigung

Die Unterzeichnenden treten hiermit per \_\_\_\_\_ von der Versicherung zurück.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift Arbeitgeber/-in: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arbeitnehmer/in: \_\_\_\_\_

Kündigung einfach an:

- Ausgleichskasse «Versicherung»