

Fragebogen

zur Abklärung der Beitragspflicht AHV/IV/EO für
Teilhaber/in von Gesellschaften

Name der Gesellschaft _____

Name _____

Vorname _____

Wohnadresse _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

AHV-Nummer _____

Zivilstand _____ seit _____

Telefon _____

E-Mail _____

- 1) Art der Teilhaberschaft** Unbeschränkt haftende/r Gesellschafter/in
 Kommanditär/in

2) Wo haben Sie zuletzt AHV/IV/EO-Beiträge bezahlt?

als Arbeitnehmer/in bei _____
bis _____

als Selbständigerwerbende/r bis _____
Adresse _____

als Nichterwerbstätige/r bis _____
Adresse _____

als ALV-Bezüger/in bis _____

3) Sind Sie bereits bei einer Ausgleichskasse angeschlossen?

nein

ja bei _____

