

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 _____

Adresse _____

3) Sind Sie bereits bei einer Ausgleichskasse angeschlossen?

- nein
 ja bei _____

(Ł 5 b'k Yb'g]bX'X]Y'J YfZ [i b[YbžF YW bi b[Yb'YHñ ni 'f]W hYb3
g' i Añ *^à^} ñ ^} Añ ^•^Añ @Añ añ añ {b} añ } Añ Añ Añ •c} Añ añ añ {c} Añ & Añ

)Ł K c\]b_“bbYb'k]f'U'Z ``][Y; i H UVYb~ VYfk Y]gYb3

□ Áú[•d[} q̄ B̄p̄ { { ^| Á Á
□ ÁBank\ [} q̄ B̄p̄ { { ^| Á Á

*Ł 5 fVY]hYb'G]Y]a '6 Ylf]YV'a]b

□ Áñ Á Á Á Á
□ Á ^ Á Á

7Ł K]Y\ cW 'gW } hñYb'G]Y\ f'9]b_ca a Yb'Z f'X]Y'YfgHñb' %& A cbUhY3

ÁK]Y\ cW 'jghXUg]a '6 Ylf]YV']bj YgñYfHñ'9][Yb_Ud]Hñ3
Á Á

8Ł 8]YgYf': fU[YVc[Yb'k i fXY'k U f\ Y]fg[YlfYi 'U g[YZ ``h

U\o{ } á Añ { Á Á Á W } c\ • & @á A Á Á