



Anmeldung für eine Altersrente für Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Schweiz

Zuständige Behörde für die Einreichung der Anmeldung _____

Einreichungsdatum der Anmeldung _____

Schweizerische Versichertennummer / Gruppe

1 Personalien des/der Versicherten

1.1 Familienname _____

1.2 frühere Namen _____

1.3 Vornamen _____

1.4 Geburtsdatum _____
Tag, Monat, Jahr

1.5 Zivilstand * ledig verheiratet seit _____ geschieden seit _____ verwitwet seit _____ getrennt seit _____

1.6 Staatsangehörigkeit(en) _____
seit _____ Heimatgemeinde _____
Tag, Monat, Jahr für Schweizerbürger

1.7 Wohnadresse _____
PLZ _____ Ort _____ Land _____

Schweizerische Versichertennummer / Gruppe

2 Personalien Ehegatte/Ehegattin/ Partner PartG* /Partnerin PartG*

2.1 Familienname _____

2.2 frühere Namen _____

2.3 Vornamen _____ Geburtsdatum _____
Tag, Monat, Jahr

2.4 Staatsangehörigkeit(en) _____
seit _____ Heimatgemeinde _____
Tag, Monat, Jahr für Schweizerbürger

2.5 Wohnadresse _____

3 Personalien Ex-Ehegatte/Ex-Ehegattin oder Ex-Partner/Ex-Partnerin. Auszufüllen wenn der/die Versicherte verwitwet ist, mehrmals verheiratet war oder in eingetragener Partnerschaft gelebt hat

3.1 Familienname _____

3.2 frühere Namen _____

3.3 Vornamen _____ Geburtsdatum _____
Tag, Monat, Jahr

3.4 Heiratsdatum* _____ Scheidungsdatum* _____ Todesdatum _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

3.5 Wohnadresse _____

3.6 Für weitere Ex-Ehegatten wollen Sie bitte die sie betreffenden und unter den Punkten 3.1 bis 3.5 verlangten Angaben auf einem Zusatzblatt, welches diesem Formular beizulegen ist, angeben

4. Angaben über alle Kinder des/der Versicherten.

Für Adoptiv- und Pflegekinder sind die entsprechenden amtlichen Urkunden beizulegen.

- 4.1 Für die Abklärung des Anspruchs auf Erziehungsgutschriften sind nachstehend alle Kinder aufzuführen.
Für Kinder zwischen 18 und 25 Jahren, die noch in Ausbildung stehen oder eine Lehre absolvieren, ist eine Ausbildungsbestätigung oder der Lehrvertrag einzureichen.

Familienname	Vornamen	Geschlecht m/w	Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr	Allfälliges Todesdatum Tag, Monat, Jahr	Eigenes Kind*	Stiefkind*	Adoptier- tes Kind*	Pflege kind*
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Zutreffender Verwandtschaftsgrad ankreuzen

5. Allgemeine Angaben

- 5.1 Wurde schon eine Leistung der AHV/IV oder eine Hilflosenentschädigung beantragt oder bezogen

für den Versicherten/die Versicherte ? ja nein

für den Ehegatten/die Ehegattin ? ja nein

für Kinder ? ja nein

- 5.2 Wünschen Sie den Vorbezug Ihrer Altersrente ? ja nein
Wenn ja, gewünschter Vorbezug: 1 Jahr 2 Jahre
(Siehe auch das bei den Ausgleichskassen erhältliche Merkblatt 3.04)

- 5.3 Wollen Sie den Bezug der Rente um mindestens 1 Jahr aufschieben ? ja nein

6. Auszahlungsadresse

Name der Bank/Post _____

Adresse der Bank/Post (Strasse, Hausnummer) _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Land _____

Bankidentifikationscode (Clearing/SWIFT/BIC)* _____
*Australien: BSB Number / Kanada: Transit Number / USA: ABA Detail

Persönliche Bankkontonummer (IBAN – International Bank Account Number)

7. Allgemeine Angaben des/der Versicherten betreffend Wohnsitz und Erwerbstätigkeit in der Schweiz

7.1 Wo und während welcher Zeit haben Sie in der Schweiz gewohnt oder sich aufgehalten. Ausländer geben die Art der Aufenthaltsbewilligung an (Saisonnier, Grenzgänger, Jahresaufenthalt, Ausweis C oder andere, bitte präzisieren).

Ort	von (Monat, Jahr)	bis (Monat, Jahr)	Art der Bewilligung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7.2 Angaben über die in der Schweiz ausgeübte Erwerbstätigkeit

Arbeitgeber und ausgeübter Beruf	Ort	von (Monat, Jahr)	bis (Monat, Jahr)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7.3 **Waren Sie einer Sozialversicherung in einem Staat der EU/EFTA unterstellt?** ja nein
Wenn ja, bitte der Anmeldung das vollständig ausgefüllte Formular E 207 beifügen:

8. Allgemeine Angaben betreffend den Wohnsitz des Ehegatten/ Ex-Ehegatten in der Schweiz

8.1 Hatte **Ihr Ehegatte, Ihre Ehegattin** in der Schweiz gewohnt oder sich aufgehalten? Ausländer geben die Art der Aufenthaltsbewilligung an (Saisonnier, Grenzgänger, Jahresaufenthalt, Ausweis C oder andere, bitte präzisieren).

Ort	von (Monat, Jahr)	bis (Monat, Jahr)	Art der Bewilligung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8.2 Falls Sie verwitwet sind oder es einen oder mehrere **Ex-Ehegatte /Ex-Ehegattinnen** gibt (aufgeführt unter Punkt 3), wollen Sie bitte Angaben zu deren Aufenthalt und Wohnsitz in der Schweiz machen.

Ort	von (Monat, Jahr)	bis (Monat, Jahr)	Art der Bewilligung
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Für weitere Ex-Ehegatten wollen Sie bitte die sie betreffenden und unter dem Punkt 8.2 verlangten Angaben auf einem Zusatzblatt, welches diesem Formular beizulegen ist, angeben

9. Beizulegende Unterlagen (Fotokopien)

- alle noch vorhandenen Versicherungsausweise der AHV
- noch vorhandene AHV-Markenhefte
- Kopien der in der Schweiz erhaltenen Aufenthaltsbewilligungen oder Wohnsitzbescheinigungen
- Arbeitszeugnisse aus der Schweiz

Werden der Rentenanmeldung keine Unterlagen für die Bestimmung der Versicherungszeiten beigelegt, werden diese aufgrund eines vereinfachten Verfahrens festgelegt.

10. Der Anmeldung sind je nach Fall folgende Dokumente (Fotokopien) als Nachweis beizulegen, über

- den Familienstand des/der Versicherten
 - die Staatsangehörigkeit des/der Versicherten
 - die Geburtsdaten aller in der Anmeldung aufgeführten Personen
 - die Todesdaten aller in der Anmeldung aufgeführten Personen
 - die Scheidungsdaten aller in der Anmeldung aufgeführten geschiedenen Personen
 - den Wohnsitz des/der Versicherten
 - die Annahme oder Adoption
-

Der/die Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen in der Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Leistungen, die aufgrund unvollständiger oder ungenauer Angaben gewährt wurden, müssen zurückerstattet werden.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Vertreters/der Vertreterin

Bei Vormundschaft der gesuchstellenden Person, Name und Adresse des Vormundes angeben

11. Vollmacht (falls gewünscht)

Die gesuchstellende Person bevollmächtigt

Name

Adresse

ihn/sie zu vertreten, ins Dossier Einsicht zu nehmen, in seinem/ihrer Namen zu handeln und die Verfügung sowie die für die Behandlung dieser Anmeldung erforderlichen Unterlagen in Empfang zu nehmen.

Datum

Unterschrift
der gesuchstellenden Person

Unterschrift
des/der Bevollmächtigten

Die für die Einreichung der Anmeldung zuständige Behörde bestätigt, dass die in dieser Anmeldung unter den Ziffern 1 bis 4.1 enthaltenen Angaben aufgrund der eingereichten Belege überprüft wurden.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der zuständigen Behörde

Bemerkungen :

Beilagen :