

**Antragsformular für die Abklärung der Sozialversicherungspflicht in einem EU- oder EFTA-Staat nach dem endgültigen Verlassen von Liechtenstein**

***Application form to determine social insurance liability in an EU or EFTA Member State after permanent departure from Liechtenstein***

Angaben über den Antragsteller  
*Information about the applicant*

Vorname(n): .....  
*Forename(s):*

1. Nachname: ..... 2. Nachname: .....  
*1<sup>st</sup> surname: 2<sup>nd</sup> surname:*

Nationalität: ..... Personalausweis-Nr.: .....  
*Nationality: Personal identity document No:*

Geburtsdatum: ..... AHV – Nr.: .....  
*Date of birth: AHV – No:*

Ausreisedatum aus Liechtenstein: .....  
*Date of leaving Liechtenstein:*

Adresse in Liechtenstein / Address in Liechtenstein:  
.....  
.....

Neue Adresse / New address:  
.....  
.....

Vorsorgeeinrichtung in Liechtenstein: .....  
*Occupational benefit scheme in Liechtenstein:*

Arbeitgeber in Liechtenstein (Name + Ort) / Employer in Liechtenstein (name + place):  
.....  
.....

Der Antragsteller bestätigt die Richtigkeit der oben stehenden Angaben.  
*The applicant confirms the accuracy of the above information.*

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....  
*Place, date: Signature:*

---

Von der zuständigen ausländischen Stelle auszufüllen:  
*To be completed by the competent foreign body:*

Die zuständige Stelle bestätigt, dass oben erwähnte Person am ..... (Datum der Prüfung)  
*The competent body confirms that the above person on ..... (date of examination)*

- der staatlichen Rentenversicherung unterstellt ist.  
*is subject to the State pension insurance scheme.*
- der staatlichen Rentenversicherung **nicht** unterstellt ist.  
*is **not** subject to the State pension insurance scheme.*

Ort, Datum: ..... Unterschrift, Stempel: .....  
*Place, date: Signature, stamp:*