



ANTRAG AUF RÜCKVERGÜTUNG VON AHV-BEITRÄGEN

WICHTIGE INFORMATIONEN

Sie **haben keinen Anspruch** auf Rückvergütung Ihrer AHV-Beiträge, wenn Sie die Staatsbürgerschaft eines der nachfolgenden Länder besitzen:

- eines Landes der Europäischen Union
- eines Landes, mit dem die Schweiz ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat, das die Rückvergütung der Beiträge nicht ausdrücklich vorsieht.

Zusätzliche Informationen finden Sie auf unserer Internetseite: www.zas.admin.ch

Grundvoraussetzungen für die Rückvergütung:

- Es müssen mindestens während eines Jahres Beiträge geleistet worden sein.
- Sie und Ihre Familienangehörigen (Ehepartner/in, Kinder unter 25 Jahren) müssen die Schweiz endgültig verlassen haben oder nachweislich beabsichtigen, die Schweiz definitiv zu verlassen.
- Bleiben volljährige, aber noch nicht 25-jährige Kinder in der Schweiz, können die Beiträge dennoch rückvergütet werden, wenn die Kinder die Ausbildung abgeschlossen haben.
- Der Antrag auf Rückvergütung kann bereits vor der beabsichtigten Ausreise oder nach der Ausreise bis zum Erreichen des Rentenalters oder nach dem Todesfall der versicherten Person eingereicht werden.

Bitte folgende Unterlagen dem Antrag beilegen:

- Kopie der AHV-Ausweise, wenn vorhanden
- Kopie der Abmeldung, wenn vorhanden
- Gültiger Nationalitätsnachweis oder Kopie des gültigen Passes für Sie, Ihren Ehepartner und Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr
- Flüchtlinge haben ihren Status **in jedem Fall** nachzuweisen
- Bescheinigung Ihres aktuellen Wohnsitzes im Ausland, bzw. Angabe des beabsichtigten Wohnsitzes im Ausland und desjenigen Ihrer Familienangehörigen

Anleitung zum Ausfüllen des Formulars:

- **Wir bitten Sie das Formular in gut leserlicher Blockschrift auszufüllen.**
- Aktuelle Familiennamen oder bei der Eheschliessung angenommene Namen angeben.
- Falls identisch mit dem Familiennamen ist «DITO» anzugeben.
- Alle Vornamen in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung.
- Insbesondere gebräuchliche Beinamen und die Zusätze «GENANNT» und «ALIAS» sind zu nennen.
- Alle Staatsangehörigkeiten, die die versicherte Person heute besitzt, sind anzugeben.
- Firmabezeichnung oder Name/Vorname des Arbeitgebers. Selbständigerwerbende setzen «selbständig» ein.
- Datum der endgültigen Ausreise aus der Schweiz, **Kopie der Abmeldung beilegen, wenn vorhanden.**
- Angaben für die verstorbenen, geschiedenen oder getrennt lebenden Ehepartner sind auch auszufüllen.
- Im Falle einer Scheidung ist die **Kopie des Scheidungsurteils mit Datum der Rechtskraft beizulegen**
Persönliches Bankkonto angeben.
- Für den gesetzlichen Vertreter, Punkt 8 ausfüllen und **eine Kopie des Personalausweises des/der Bevollmächtigen.**
- Den Status angeben, den Sie in Ihrem aktuellen bzw. künftigen Wohnsitzland ausserhalb der Schweiz haben (Flüchtling, staatenlos ...).

ANTRAG AUF RÜCKVERGÜTUNG VON AHV-BEITRÄGEN

Schweizerische Versichertennummer:	Eingegangen am: (bitte leer lassen)
------------------------------------	--

1. Angaben über die versicherte Person oder die verstorbene Person

1. Name					
2. Weitere Namen	Name als ledige Person, durch Heirat erworbene Namen oder frühere Namen				
3. Vorname/n					
4. Geburtsdatum	Tag, Monat, Jahr				
5. Todesdatum	Tag, Monat, Jahr				
6. Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>			
7. Staatsangehörigkeit					
8. Sind Sie Doppelbürger/in ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja, andere Staatsangehörigkeit/en <input type="checkbox"/>			
9. Gegenwärtiger Zivilstand	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet seit Tag, Monat, Jahr	geschieden seit Tag, Monat, Jahr	verwitwet seit Tag, Monat, Jahr	getrennt seit Tag, Monat, Jahr
10. Waren Sie mehrmals verheiratet ?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja, Angaben betreffend der Ex-Ehegatten/innen unten erwähnen:			
		Familienname	Vorname	Geburtsdatum Tag, Monat, Jahr	
11. Adresse des letzten Wohnsitzes in der Schweiz	1. Ehegatte/in				
	2. Ehegatte/in				
	3. Ehegatte/in				
12. Adresse des Wohnsitzes im Ausland	PLZ	Ort	Land		
	PLZ	Ort	Land		
	E-Mail _____ Telefonnummer _____				

13. Besitzen Sie in Ihrem Wohnsitzland im Ausland den Flüchtlingsstatus? Nein Ja

14. Datum der Einreise in die Schweiz _____
Tag, Monat, Jahr _____

15. Datum der **definitiven** Ausreise aus der Schweiz _____
Tag, Monat, Jahr _____

16. Hat eine in diesem Antrag genannte Person irgendwann eine Leistung der AHV / IV erhalten? Nein Ja, in einem separaten Brief angeben und beilegen

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

1. Wo und während welcher Zeit haben Sie in der Schweiz gewohnt oder sich aufgehalten?
Art der Aufenthaltsbewilligung: Grenzgänger, Jahresaufenthalt, Ausweis G/L/B/C, Flüchtling oder andere angeben

Ort

von (Monat, Jahr)

bis (Monat, Jahr)

Art der Bewilligung

2. Wo und während welcher Zeit waren Sie in der Schweiz beschäftigt?
Machen Sie alle Angaben über die in der Schweiz ausgeübte Erwerbstätigkeit:

Arbeitgeber und ausgeübter Beruf

Ort

von (Monat,Jahr)

bis (Monat Jahr)

3. Angaben über alle Kinder des/der Versicherten

Name _____

Vorname/n

Geburtsdatum
Tag Monat Jahr

War in der Schweiz

Ausreisedatum
der Schweiz
Tag Monat Jahr

4. Angaben über den Ehepartner/die Ehepartnerin oder die verstorbene Person

1. Name _____

2. Weitere Namen _____
Name als ledige Person, durch Heirat erworbene Namen oder frühere Namen

3. Vorname/n _____

4. Geburtsdatum _____
Tag, Monat, Jahr

5. Staatsangehörigkeit _____

6. Ist der/die
Ehepartner/in
Doppelbürger/in?
Nein Ja, andere Staatsangehörigkeit/en 7. Adresse des
aktuellen
Aufenthaltsortes _____8. Hat Ihr/e Ehegatte/in in der Schweiz gewohnt oder sich aufgehalten?
Nein Ja * * Wenn Ja, Art der Aufenthaltsbewilligung: Grenzgänger, Jahresaufenthalt, Ausweis G/L/B/C, Flüchtling oder andere
angeben

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

9. War Ihr/e Ehegatte/in in der Schweiz beschäftigt?
Nein Ja *

* Wenn Ja, machen Sie alle Angaben über die in der Schweiz ausgeübte Erwerbstätigkeit:

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

10. Datum der Einreise des/der Ehegatten/in in die
Schweiz _____
Tag, Monat, Jahr11. Datum der **definitiven** Ausreise aus der Schweiz _____
Tag, Monat, Jahr

5. Angaben über den/die Ex-Ehepartner/in, falls Sie mehrmals verheiratet waren

1. Name _____

2. Weitere Namen _____
Name als ledige Person, durch Heirat erworbene Namen oder frühere Namen

3. Vorname/n _____

4. Geburtsdatum _____
Tag, Monat, Jahr5. Heiratsdatum _____ Scheidungsdatum _____ Todesdatum _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr6. Adresse des
aktuellen
Aufenthaltsortes _____7. Hat Ihr/e Ehegatte/in in der Schweiz gewohnt oder sich aufgehalten? Nein Ja *

* Wenn Ja, Art der Aufenthaltsbewilligung: Grenzgänger, Jahresaufenthalt, Ausweis G/L/B/C, Flüchtling oder andere angeben

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

8. War Ihr/e Ex-Ehegatte/in in der Schweiz beschäftigt? Nein Ja *

* Wenn Ja, geben Sie alle Angaben über die in der Schweiz ausgeübte Erwerbstätigkeit:

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

9. Für weitere Ex-Ehegatten/innen bitten wir Sie die unter den Punkten 5.1 bis 5.8 verlangten Angaben auf einem Zusatzblatt zu machen, welches diesem Formular beizulegen ist oder kopieren Sie diese Seite so oft wie nötig.

6. Auszahlungsadresse

Name der Bank/Post _____

Adresse der Bank/Post (Strasse, Hausnummer) _____

Postleitzahl _____ Ort _____ Land _____

Bankidentifikationscode (SWIFT/BIC)* _____

*Australien: BSB Number / Kanada: Transit Number / USA: ABA Detail

Persönliche Bankkontonummer oder IBAN (International Bank Account Number) obligatorisch in der EU:

7. Bestätigung des Versicherten

Der (die) Unterzeichnete nimmt von Folgendem Kenntnis:

- nach der Rückvergütung können keinerlei Rechte mehr gegenüber der schweizerischen Alters- und Hinterlassenversicherung und Invalidenversicherung geltend gemacht werden
- nach der Rückvergütung der Beiträge des Versicherten ist die Wiedereinzahlung der rückvergüteten Beiträge ausgeschlossen
- die Rückvergütung der Beiträge des Versicherten schliesst bei späterem Todesfall ebenfalls jede Leistung an die Hinterlassenen (Ehepartner/in und/oder Kinder) aus.
- der Rückvergütungsbetrag unterliegt der Quellenbesteuerung.

Die versicherte Person bestätigt, dass sie **und alle ihre Familienangehörigen** (Ehepartner/in und Kinder bis zum vollendeten 25. Lebensjahr) die Schweiz endgültig verlassen haben oder nachweislich beabsichtigen, den Wohnsitz definitiv ins Ausland zu verlegen.

Der/die Unterzeichnete bestätigt, alle Fragen in der Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Meldepflichtverletzungen oder falsche Angaben können strafrechtlich verfolgt werden. Gegebenenfalls behalten wir uns das Recht vor, die notwendigen gesetzlichen Schritte einzuleiten. Leistungen, die aufgrund unwahrer Angaben zu Unrecht gewährt wurden, müssen zurückerstattet werden.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des Antragstellers

Bemerkungen :

Formular mit Briefpost an folgende Adresse schicken :

Schweizerische Ausgleichskasse SAK
Avenue Edmond-Vaucher 18
Postfach 3100
1211 Genf 2
Schweiz

8. Vollmacht (falls gewünscht)

Die versicherte Person:

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Land: _____

E-Mail-Adresse: _____

erteilt Vollmacht an (bevollmächtigte Person):

Name und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Land: _____

E-Mail-Adresse: _____

sie gegenüber der Zentralen Ausgleichsstelle und ihren Abteilungen zu vertreten, Akteneinsicht zu nehmen, Mitteilungen in Empfang zu nehmen und in ihrem Namen zu handeln. Diese Vollmacht erstreckt sich auf die AHV (Alters- und Hinterlassenenleistungen).

Die Vollmacht gilt bis _____ (z.B. Abschluss des Verfahrens, Datum...)

! Ohne andere Angabe gilt die Vollmacht bis auf Widerruf!

Datum:

Unterschrift versicherte Person:

Unterschrift Bevollmächtigte(r):

Bitte eine Kopie der Ausweise der versicherten Person und der bevollmächtigten Person beilegen.