

# ABMELDUNG FÜR SELBSTÄNDIGE

## 1) Angaben zum Versicherten

<b>VERSICHERTENNUMMER</b> *	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
Name							Vorname(n) <span style="border-bottom: 1px solid black;"></span>					
Name des Ehepartners												
Straße, Nr.												
Postleitzahl, Ort										Landeskennzeichen <span style="border-bottom: 1px solid black;"></span>		

**Arbeitsunfähigkeiten wegen Krankheit/Mutterschaft sind nicht über dieses Formular einzureichen.**

## 2) Vorübergehende Unterbrechung der selbständigen Tätigkeit

<b>Anfangsdatum der Unterbrechung:</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
<b>Enddatum der Unterbrechung:</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
<p><u>Jede vorübergehende Unterbrechung <b>ohne Enddatum</b> wird als definitive Beendigung der Tätigkeit betrachtet.</u></p>											
<b>Grund:</b>											

## 3) Definitive Beendigung der selbständigen Tätigkeit

<b>Datum der Beendigung:</b>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
<b>Grund:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Veräußerung von Anteilen <i>(Bitte eine Kopie der eingetragenen Akte aus dem Handels- und Firmenregister beilegen)</i></li> <li><input type="checkbox"/> Rücktritt als Verwaltungsratsmitglied <i>(Bitte eine Kopie der eingetragenen Akte aus dem Handels- und Firmenregister beilegen)</i></li> <li><input type="checkbox"/> Aufgabe des Geschäfts</li> <li><input type="checkbox"/> Persönliche Rente</li> <li><input type="checkbox"/> Anderer : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;"></span></li> </ul>										

, den    
Ort Datum Unterschrift



Code Archivage  
C106 (V201403)

Der Verwaltung vorbehalten		

\* Falls die Versichertennummer nicht angegeben wird, bitte das Geburtsdatum angeben und eine Kopie eines amtlichen Ausweises (Reisepass, Personalausweis...) beilegen