

# ABMELDUNG FÜR SELBSTÄNDIGE

## 1) Angaben zum Versicherten

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| VERSICHERTENNUMMER * | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |
| Name                 |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Vorname(n)           |                      |                      |                      |                      |                      |  |
| Name des Ehepartners |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |
| Straße, Nr.          |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |  |
| Postleitzahl, Ort    |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      | Landeskennzeichen    |                      |                      |  |

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

## 2) Vorübergehende Unterbrechung der selbständigen Tätigkeit

|                                                                                                                               |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Anfangsdatum der Unterbrechung:                                                                                               | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Enddatum der Unterbrechung:                                                                                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <p><u>Jede vorübergehende Unterbrechung <b>ohne Enddatum</b> wird als definitive Beendigung der Tätigkeit betrachtet.</u></p> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| Grund:                                                                                                                        |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

## 3) Definitive Beendigung der selbständigen Tätigkeit

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Datum der Beendigung: | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Grund:                | <div><input type="checkbox"/> Veräußerung von Anteilen<br/>(Bitte eine Kopie der eingetragenen Akte aus dem Handels- und Firmenregister beilegen)</div> <div><input type="checkbox"/> Rücktritt als Verwaltungsratsmitglied<br/>(Bitte eine Kopie der eingetragenen Akte aus dem Handels- und Firmenregister beilegen)</div> <div><input type="checkbox"/> Aufgabe des Geschäfts</div> <div><input type="checkbox"/> Persönliche Rente</div> <div><input type="checkbox"/> Anderer : _____</div> |                      |                      |                      |                      |                      |                      |

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_, Drucken Löschen  
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