|  |
| --- |
| Liechtensteinische AHV-IV-FAKInvalidenversicherungGerberweg 29490 Vaduz |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Versicherte Person (Vorname, Name)      | Geburtsdatum      | Versichertennummer       |

**Fragebogen für den Arbeitgeber**

Jahreslohn CHF       Monatslohn CHF

Stundenlohn CHF       inkl. Ferien- und Feiertagsentschädigung/Gratifikation

Normalarbeitszeit im Betrieb:       Std. pro Tag       Tage pro Woche

Normalarbeitszeit der versicherten Person:       Std. pro Tag       Tage pro Woche seit wann?

Hat sich das Arbeitspensum verändert? [ ]  Nein [ ]  Ja, bitte auf Rückseite begründen

AHV-beitragspflichtiges Einkommen der angefragten Zeitperiode

**Ohne Ersatzleistungen wie Versicherungstaggelder usw.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jahr** | **x -- Jahr -- x** | **x -- Jahr -- x** | **x -- Jahr -- x** | **x -- Jahr -- x** |
| **Januar** |       |       |       |       |
| **Februar** |       |       |       |       |
| **März** |       |       |       |       |
| **April** |       |       |       |       |
| **Mai** |       |       |       |       |
| **Juni** |       |       |       |       |
| **Juli** |       |       |       |       |
| **August** |       |       |       |       |
| **September** |       |       |       |       |
| **Oktober** |       |       |       |       |
| **November** |       |       |       |       |
| **Dezember** |       |       |       |       |
| **13. Monatslohn** |       |       |       |       |
| **Gratifikation** |       |       |       |       |

Wann war die versicherte Person in den genannten Jahren unfall –oder krankheitsbedingt abwesend?

Sie können auch vorhandene Absenzenlisten beilegen. In diesem Fall erübrigt sich das Ausfüllen der untenstehenden Tabelle.

Krankheits- und/oder unfallbedingte Absenzen

Bezeichnen Sie die Absenzen mit **K = Krankheit / U = Unfall**

K/U Jahr vom bis Arbeitsunfähigkeit in %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

**Bemerkungen:**

Ort/Datum Bezugsperson/Tel.-Nr. Stempel/Unterschrift