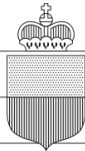


Postadresse: AHV-IV-FAK
GERBERWEG 2, 9490 VADUZ
Telefon: +423/238 16 16
Fax: +423/238 16 00
Internet: www.ahv.li
E-Mail: ahv@ahv.li

**AHV
IV
FAK**



LIECHTENSTEINISCHE ALTERS-
UND HINTERLASSENENVERSICHERUNG
INVALIDENVERSICHERUNG
FAMILIENAUSGLEICHSKASSE

Antrag auf Entsendung eines selbständig Erwerbenden

bzw. Ausstellung einer Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften

1. Angaben zum selbständig Erwerbenden

Nachname		Vorname		<input type="checkbox"/>	männlich
Geburtsdatum		Geburtsort		<input type="checkbox"/>	weiblich
Staatsangehörigkeit		Versicherungsnummer/PEID			

1.1. Adresse im Wohnsitzstaat

Straße und Hausnummer		Ländercode	Postleitzahl	Wohnort
Telefon		E-Mail		

1.2. Adresse im Ausland während des Einsatzes (falls vorhanden)

Straße und Hausnummer		Ländercode	Postleitzahl	Wohnort
-----------------------	--	------------	--------------	---------

2. Angaben zur Tätigkeit in Liechtenstein

Name des Unternehmens		Abrechnungsnummer		
Rechtsform				
Straße und Hausnummer		Ländercode	Postleitzahl	Ort
Kontaktperson				
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		

Beginn der selbständigen Tätigkeit am (tt.mm.jjjj):

Art der Tätigkeit, die der selbständig Erwerbende ausübt:

Der selbständig Erwerbende ist dem folgenden Wirtschaftssektor zugehörig:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Landwirtschaft, Jagd, Fischerei | <input type="checkbox"/> Dienstleistungssektor |
| <input type="checkbox"/> Bau | <input type="checkbox"/> Groß- und Einzelhandel |
| <input type="checkbox"/> Industrie | <input type="checkbox"/> Beherbergung, Gaststätten |
| <input type="checkbox"/> Bildung | <input type="checkbox"/> Finanzen, Versicherungen, Immobilien, Leasing |
| <input type="checkbox"/> Sonstiger Sektor (bitte nähere Umschreibung) | <input type="checkbox"/> Verkehr, Nachrichtenübermittlung |
| | <input type="checkbox"/> Gesundheit, Veterinär, Soziales |

3. Angaben zum zuständigen liechtensteinischen Unfallversicherer (UVG)

Name und Adresse des Unfallversicherers

4. Angaben zur Entsendung

Beschäftigungsstaat, in den der selbständig Erwerbende entsandt wird

Einsatzort

Name des Unternehmens

Straße und Hausnummer

Ländercode

Postleitzahl

Ort

Kontaktperson

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Keine feste Anschrift im Beschäftigungsstaat:

Der selbständig Erwerbende war in den letzten 24 Monaten bereits in demselben Staat eingesetzt: Ja

Nein

Wenn ja, Einsatzzeiten angeben:

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

Von (tt.mm.jjjj)

Bis (tt.mm.jjjj)

4.1. Dauer der Entsendung

Die Entsendung ist vertraglich auf Grund der Art der Tätigkeit im Voraus befristet: ja

nein

Voraussichtliche Dauer der Entsendung:

Beginn

Ende

4.2. Selbständige Erwerbstätigkeit

Während der Entsendung wird die Infrastruktur in Liechtenstein beibehalten (z.B. Büroräume, Bewilligung für Berufsausübung), was erlaubt, die gewöhnliche Tätigkeit nach der Rückkehr in Liechtenstein sofort wieder aufzunehmen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die vorübergehende Tätigkeit im Ausland ist eine ähnliche Tätigkeit wie diejenige, welche normalerweise in Liechtenstein ausgeübt wird:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn „ja“, Bezeichnung des Wirtschaftssektors und der ausgeübten Tätigkeit:	
<hr/> <hr/> <hr/>	

5. Bemerkung

<hr/> <hr/>

Der selbständig Erwerbende erklärt ausdrücklich, alle Angaben vollständig und richtig gemacht zu haben. Dem selbständig Erwerbenden ist bekannt, dass die Angaben sowohl in Liechtenstein als auch im Beschäftigungsstaat von den zuständigen Behörden kontrolliert werden. Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass die gemachten Angaben nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen, kann die ausgestellte Bescheinigung über die anzuwendenden Rechtsvorschriften auch rückwirkend widerrufen werden. In einem solchen Fall würden die Rechtsvorschriften des Beschäftigungsstaates zur Anwendung gelangen. Der selbständig Erwerbende verpflichtet sich, die Liechtensteinische AHV-IV-FAK umgehend zu informieren, wenn (i) die Entsendung nicht stattfindet oder (ii) die Entsendung länger als zwei Monate unterbrochen oder vorzeitig beendet wird.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift und Stempel des
selbständig Erwerbenden