Informationen:
041 819 04 25
info@aksz.ch
www.aksz.ch

Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit

Ausgleichskasse/IV-Stelle Schwyz
Postfach 53
6431 Schwyz

1 Personalien

Abrechnungs-Nr. _____

Name _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ Postfach _____

PLZ / Ort _____ Kontaktperson _____

Telefon-Nr. _____ E-Mail _____

2 Selbständige Erwerbstätigkeit

Datum der Erwerbsaufgabe _____

Geschätztes Einkommen im Jahr der Erwerbsaufgabe _____

Haben Sie im Jahr der Erwerbsaufgabe Personal beschäftigt? ☐ ja ☐ nein

3 Wie wünschen Sie die Auszahlung allfälliger Beitragsguthaben?

Postcheckkonto _____

IBAN-Nr. CH ☐☐.☐☐☐☐.☐☐☐☐.☐☐☐☐.☐☐☐☐.☐

Bankadresse _____

Kontoinhaber _____

4 Unternehmen

Führen Sie Ihr Unternehmen als juristische Person weiter?

☐ nein

☐ ja, als GmbH

☐ ja, als AG

Name der GmbH / AG: _____

5 Unterschrift

Ich bestätige, die Angaben vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift Antragsteller/in