



Anmeldung Einzelfirma

Name, Vorname des Geschäftsinhabers _____

Geburtsdatum _____

AHV-Nummer des Geschäftsinhabers _____

Aktueller Zivilstand _____ **seit:** _____

Name, Vorname des Ehe-/eingetr. Partners **sowie** _____

Geburtsdatum und AHV-Nummer _____ // _____

Geschäftsadresse

Firmenname _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Privatadresse

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Drittadresse (z.B. Treuhand):

Name _____

Strasse _____

E-Mail _____

Ort _____

Zustelladresse für Korrespondenz:

Geschäfts- Privat- Drittadresse

Wer ist in Ihrem Betrieb zuständig für die Belange der AHV?

Sprache der Korrespondenz:

Deutsch Französisch

UID-Nr.:

Ist Ihre Firma im Handelsregister eingetragen?

Ja Nein

Haben Sie das Geschäft neu eröffnet?

Ja Nein

Haben Sie ein bestehendes Geschäft übernommen?

Ja Nein

→ **Wenn ja, von wem?** (Name, Vorname, Ort)

Datum der Geschäftseröffnung bzw. -übernahme:

Welcher AHV-Kasse sind Sie aktuell angeschlossen?

→ Bitte beachten Sie, dass der Beitritt in unsere Verbandsausgleichskasse einen Kassenwechsel zur Folge hat. Der Kassenwechsel wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt in die Wege geleitet.

Beschäftigen Sie Arbeitnehmer/innen?

Ja Nein

Wenn ja, Anzahl _____

Beschäftigen Sie Arbeitnehmende, die eine weitere Erwerbstätigkeit im Ausland ausüben?

Ja, Land: _____

Nein

Wie hoch schätzen Sie die auszahlende Lohnsumme (brutto) der Arbeitnehmenden pro Jahr?

Fr. _____

(Bei Lohnsummen über Fr. 200'000 pro Jahr werden die Beiträge von Gesetzes wegen monatlich in Rechnung gestellt).

Angaben zur selbständigen Erwerbstätigkeit

Selbständige Tätigkeit im

Haupterwerb Nebenerwerb

Falls im Nebenerwerb: Üben Sie eine andere Tätigkeit als Arbeitnehmer/in aus? Wenn ja, in welcher Firma? _____

Üben Sie im Ausland eine weitere Erwerbstätigkeit aus?

Ja, als Arbeitnehmer/in Selbständigerw. Land: _____

Nein

Wie hoch schätzen Sie Ihr voraussichtliches Erwerbseinkommen im ersten Geschäftsjahr?

Fr. _____

Wie viel Eigenkapital haben Sie ins Geschäft investiert? Fr. _____

Betreiben Sie neben dem Hauptgeschäft Filialen? Ja Nein

Wenn ja, Anzahl und Adresse/n der Filiale(n) _____

Adresse	Seit (Datum)	Anzahl Arbeitnehmende	Geschätzte Jahreslohnsumme

Möchten Sie die Filiale/n über das Hauptgeschäft abrechnen?

Ja Nein

Zahlungsverbindung (Firma)

Name und Ort des Finanzinstituts: _____

IBAN-Nr.: _____

Konto lautet auf: _____

Abweichende Zahlungsverbindung (für selbständigerwerbende Person, falls erwünscht)

Name und Ort des Finanzinstituts: _____

IBAN-Nr.: _____

Konto lautet auf: _____

Lastschriftenverfahren:

Ja Nein

Familienausgleichskasse (FAK)

Bei welcher Familienausgleichskasse haben Sie zuletzt FAK-Beiträge abgerechnet? _____

→ Anzahl Arbeitnehmer/innen mit Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen: _____

→ Haben Sie als Selbständigerwerbende/r Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen? Ja Nein

Berufliche Vorsorge (BV)

Falls Sie Arbeitnehmende beschäftigen, benötigen wir die folgenden Angaben:

Sind Ihre Arbeitnehmenden einer Vorsorgeeinrichtung (VE) angeschlossen?

Ja Nein Anschluss pendent

Name der Pensionskasse: _____

Policen-Nr.: _____

Adresse: _____

Die Anschlussvereinbarung ist obligatorisch beizulegen!

Befreiungsgrund:

- kein BVG-pflichtiges Personal beschäftigt
- Löhne unter Eintrittsschwelle (CHF 21'330.00/Jahr, Stand 2020)
- auf max. 3 Monate befristete Arbeitsverträge
- die Arbeitnehmenden sind nur nebenberuflich tätig (z.B. Verwaltungshonorare)
- die Arbeitnehmenden sind im Sinn der IV zu mindestens 70% invalid
- die Arbeitnehmenden sind Familienmitglieder des Betriebsinhabers in der Landwirtschaft
- die Arbeitnehmenden sind nicht dauernd in der Schweiz erwerbstätig (durch die VE befreit)

Obligatorische Unfallversicherung (UVG)

Name der Unfallversicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Bemerkungen:

Der/die Unterzeichnete bestätigt, das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Firmenstempel und Unterschrift