



Anmeldung Personengesellschaft

(einfache Gesellschaft, Kollektiv- und Kommanditgesellschaft)

Name des Geschäfts (Firmenbezeichnung) _____

Rechtsform _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Drittadresse (z.B. Treuhand):

Name _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

E-Mail _____

Zustelladresse für Korrespondenz:

Geschäftsadresse Drittadresse

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

Sprache der Korrespondenz:

Deutsch Französisch Italienisch

UID-Nr.: _____

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? _____

Bei welchem Berufsverband sind Sie Mitglied? _____

→ 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?

Ja Nein

Wenn ja, Anzahl? _____

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

Ja, Land _____

Nein

Wie hoch schätzen Sie die auszuzahlende 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).

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

Teilhaber/Gesellschafter des Betriebes:

Anzahl: _____

Name/Vorname	AHV-Nr. oder Geburtsdatum	Adresse privat
1)		
2)		
3)		

Zahlungsverbindung der Teilhaber:

Name des Kontoinhabers

Bank

IBAN-Nr.

1) _____

2) _____

3) _____

Wie hoch schätzen Sie den voraussichtlichen Reingewinn im ersten Geschäftsjahr?

Fr. _____

Wie wünschen Sie die Aufteilung des Reingewinns pro Teilhaber und Geschäftsjahr:

1) _____ Fr. _____

2) _____ Fr. _____

3) _____ Fr. _____

Zahlungsverbindung Geschäft:

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

→ Teilhaber 1 mit Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen? Ja Nein

→ Teilhaber 2 mit Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen? Ja Nein

→ Teilhaber 3 mit 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!

Befreiungsgründe:

- 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.: _____

Adresse: _____

Bemerkungen:

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

Ort und Datum

Firmenstempel und Unterschrift