AHV Kasse I Caisse AVS
Geschäftsinhaber Bern

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 107
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
www.akgivbern.ch

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 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).

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 Selbständigerwebende/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