

Erstmalige Anmeldung von Arbeitnehmenden

Dieses Formular ist auszufüllen, wenn Sie bereits als Selbständigerwerbende/r, Personengesellschaft, Teilhaber/in oder juristische Person bei der *medisuisse* erfasst sind und **neu Personal beschäftigen**.

1 Geschäftsadresse Arbeitgeber

Name	Abrechnungsnummer		
Adresszusatz (z.B. 'zu Händen von...')	Telefon		
Strasse	Fax		
Postfach	E-Mail		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; padding: 2px;">PLZ</td> <td style="border: 1px solid black; width: 80%; padding: 2px;">Ort</td> </tr> </table>	PLZ	Ort	Website
PLZ	Ort		

Kontaktperson

Name	Telefon Direktwahl
Vorname	E-Mail

2 Korrespondenzadresse

Geschäftsadresse Vertreteradresse

Falls Vertreteradresse:

Vertreter			
Adresszusatz (z.B. 'zu Händen von...')	Telefon		
Strasse	Fax		
Postfach	E-Mail		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; padding: 2px;">PLZ</td> <td style="border: 1px solid black; width: 80%; padding: 2px;">Ort</td> </tr> </table>	PLZ	Ort	
PLZ	Ort		

3 Auszahlungsadresse Betrieb

IBAN Nummer (21-stellig)

<input type="text"/>																				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Falls die IBAN-Nummer nicht bekannt ist, bitte folgende Informationen:

Zahlungsweg

Bank Post

Postkonto

Clearing-Nr. Bank

Bankkonto

4 Arbeitnehmende im Betrieb

Bitte nennen Sie die Arbeitnehmenden im Betrieb (als Arbeitnehmende gelten u.a. auch Lernende, Aus-
hilfen, Teilzeitangestellte und Reinigungspersonal):

	Name, Vorname	AHV-Versichertennummer
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

Weitere Arbeitnehmende bitte unter Ziff. 8 (Bemerkungen) oder auf einem Beiblatt aufführen.

AHV-pflichtige Löhne ab (Datum)

Mutmassliche AHV-Lohnsumme
(von Beginn Lohnzahlungen bis Ende Jahr)

Die Lohnsumme wird zur Berechnung der Akontobeiträge benötigt.
Erhebliche Abweichungen der mutmasslichen Lohnsumme müssen umgehend gemeldet werden.

5 Berufliche Vorsorge

Sind Sie für Ihre Arbeitnehmenden einer registrierten Vorsorgeeinrichtung angeschlossen?

Ja Nein Anschluss pendent

► Wenn ja:

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

Policen-Nummer (bitte legen Sie eine Kopie des Anschlussvertrages bei [ausser bei einem Anschluss an die PAT-BVG])

► Wenn **nein**:

Befreiungsgründe:

- Lohn jedes einzelnen Arbeitnehmenden ist nicht über der Eintrittsschwelle BVG (CHF 21'150.00/Jahr bzw. CHF 1'762.50/Monat)
- Auf maximal drei Monate befristete Arbeitsverträge
- Die Arbeitnehmenden sind nur nebenberuflich tätig (z.B. im Haupterwerb selbständigerwerbend)
- Die Arbeitnehmenden sind im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 70% invalid
- Die Arbeitnehmenden sind nicht dauernd in der Schweiz erwerbstätig (durch die Vorsorgeeinrichtung befreit)

► Wenn **Anschluss pendent**: Bitte reichen Sie nach dem Anschluss umgehend eine Kopie des Anschlussvertrages nach (ausser bei einem Anschluss an die PAT-BVG)

Wünschen Sie Informationen über einen Anschluss an die „Personalvorsorgeeinrichtung der Ärzte und Tierärzte“ (PAT-BVG)?

- Ja Nein

6 Obligatorische Unfallversicherung

Sind Sie für Ihre Arbeitnehmenden einer Unfallversicherung angeschlossen?

- Ja Nein Anschluss pendent

► Wenn **ja**:

Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft (z.B. SUVA)

Policen-Nummer

► Wenn **nein**:

Grund:

► Wenn **Anschluss pendent**: Bitte teilen Sie uns nach dem Anschluss umgehend den Namen und die Adresse der Versicherungsgesellschaft mit.

7 Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie der Anschlussvereinbarung BVG (vgl. Ziff. 5)

8 Bemerkungen

Allfällige Veränderungen gegenüber der ursprünglichen Anmeldung

Andere Bemerkungen

9 Bestätigung

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte leer lassen

Bemerkungen

Abrechnungsnummer

Visum

MR:

BE:

VE:

AGK: