

Anmeldung Personengesellschaft

1 Angaben zur Personengesellschaft

Name der Gesellschaft	Datum Handelsregistereintragung	falls kein Eintrag: Gründungsdatum
Rechtsform <input type="checkbox"/> Einfache Gesellschaft <input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft <input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch	
Branche / Fachgebiet		
Ist die Gesellschaft bereits einer Ausgleichskasse angeschlossen?		
<input type="checkbox"/> Ja, bei welcher?	<input type="checkbox"/> Nein	

2 Teilhaberinnen und Teilhaber

	Name, Vorname	Wohnort
1		
2		
3		

Weitere Teilhaber bitte unter Ziff. 10 (Bemerkungen) oder auf einem Beiblatt.

Für jede Teilhaberin und jeden Teilhaber muss zusätzlich das Formular „Anmeldung Teilhaber/in einer Personengesellschaft“ ausgefüllt und zusammen mit dem vorliegenden Fragebogen eingereicht werden.

3 Geschäftsadresse

Adresszusatz (z.B. 'zu Händen von...')	Telefon
Strasse	Fax
Postfach	E-Mail
PLZ Ort	Website

Kontaktperson

Name	Telefon Direktwahl
Vorname	E-Mail

4 Korrespondenzadresse

Geschäftsadresse Vertreteradresse

Falls Vertreteradresse:

Vertreter	
Adresszusatz (z.B. 'zu Händen von...')	Telefon
Strasse	Fax
Postfach	E-Mail
PLZ	Ort

5 Auszahlungsadresse Betrieb

Diese Angaben werden für die Rückzahlung allfällig zuviel bezahlter Beiträge benötigt.

IBAN Nummer (21-stellig)

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

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

Zahlungsweg <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Post	Postkonto
Clearing-Nr. Bank	Bankkonto

Falls die Gesellschaft Arbeitnehmende beschäftigt, füllen Sie bitte Ziff. 6–8 aus.

6 Arbeitnehmende

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

Weitere Arbeitnehmende bitte unter Ziff. 10 (Bemerkungen) oder auf einem Beiblatt aufführen.
Als Arbeitnehmende gelten u.a. auch Lernende, Aushilfen, Teilzeitangestellte und Reinigungspersonal.

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.

7 Berufliche Vorsorge

Ist die Gesellschaft 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 bei der Personalvorsorgeeinrichtung der Ärzte und Tierärzte (PAT-BVG)?

Ja Nein

8 Obligatorische Unfallversicherung

Ist die Gesellschaft 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.

9 Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Handelsregisterauszug (vgl. Ziff. 1)
- Kopie der Anschlussvereinbarung BVG (vgl. Ziff. 7)
- _____
- _____

10 Bestätigung

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte leer lassen

Bemerkungen

Abrechnungsnummer

Visum

MR:

BE:

VE:

AGK: