

Anmeldung Selbständigerwerbende/r

1 Personalien Selbständigerwerbende/r

Familiennamen		AHV-Versichertennummer	
Vorname(n)		Geburtsdatum	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Titel	
Aktueller Zivilstand <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> Geschieden		Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch	
Fachgebiet / Umschreibung der selbständigen Erwerbstätigkeit		Nationalität	

2 Personalien Ehepartner/in oder eingetragene/r Partner/in

Familiennamen		AHV-Versichertennummer	
Vorname(n)		Geburtsdatum	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Titel	
Nationalität			

3 Wohnsitzadresse

Strasse		Telefon	
Postfach		Fax	
PLZ	Ort	E-Mail	

4 Geschäftsadresse

Adresszusatz (z.B. 'zu Händen von...')

Telefon

Strasse

Fax

Postfach

E-Mail

PLZ

Ort

Website

Kontaktperson

Name

Telefon Direktwahl

Vorname

E-Mail

5 Korrespondenzadresse

Wohnsitzadresse

Geschäftsadresse

Vertreteradresse

Falls Vertreteradresse:

Vertreter

Adresszusatz (z.B. 'zu Händen von...')

Telefon

Strasse

Fax

Postfach

E-Mail

PLZ

Ort

6 Auszahlungsadresse

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

IBAN Nummer (21-stellig)

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

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

Zahlungsweg

Bank Post

Postkonto

Clearing-Nr. Bank

Bankkonto

7 Angaben zur selbständigen Erwerbstätigkeit

Selbständigerwerbend ab / seit	Selbständige Erwerbstätigkeit im <input type="checkbox"/> Haupterwerb <input type="checkbox"/> Nebenerwerb
ausserdem angestellt <input type="checkbox"/> im Haupterwerb <input type="checkbox"/> im Nebenerwerb	Name des allfälligen Arbeitgebers
Sind Sie bereits als Selbständigerwerbende/r einer Ausgleichskasse angeschlossen? <input type="checkbox"/> Ja, bei welcher?	<input type="checkbox"/> Nein
Üben Sie ausserhalb der Schweiz eine Erwerbstätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Ja ¹ <input type="checkbox"/> Nein	

¹ Wenn ja, bitten wir Sie, den „Fragebogen zu Erwerbstätigkeiten im Ausland“ auszufüllen. Der Fragebogen kann auf unserer Website www.medisuisse.ch unter Anschluss / Anmeldung oder per E-Mail oder telefonisch angefordert werden.

8 Erwerbseinkommen und Eigenkapital

Wie hoch schätzen Sie Ihr selbständiges Erwerbseinkommen (nach Abzug der Unkosten)?

Voraussichtliches Erwerbseinkommen	Periode (von – bis)
Im Geschäft investiertes Eigenkapital	

Bei **rückwirkender Erfassung** bitten wir Sie, die Steuererklärungen der Vorjahre sowie vorhandene Geschäftsabschlüsse beizulegen.

9 Angaben zur Verbandszugehörigkeit

Falls Sie Mitglied eines der folgenden Berufsverbände sind, bitten wir Sie, auf der entsprechenden Zeile das Eintrittsdatum und die Mitgliedsnummer einzutragen.

Falls Ihre Anmeldung noch pendent ist, wollen Sie stattdessen das Kästchen in der Spalte 'P' ankreuzen.

Berufsverband	Eintrittsdatum	Mitgliedsnummer	P
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte			<input type="checkbox"/>
SSO Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft			<input type="checkbox"/>
GST Gesellschaft Schweizer Tierärztinnen und Tierärzte			<input type="checkbox"/>
SCG Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft			<input type="checkbox"/>
ohne Verband			<input type="checkbox"/>

Falls Sie Arbeitnehmende beschäftigen, füllen Sie bitte Ziff. 10–15 aus.

10 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		

Weitere Arbeitnehmende bitte unter Ziff. 17 (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.

11 Arbeitnehmende im Privathaushalt

Zusätzliches AHV-pflichtiges Personal, welches ausschliesslich im Privathaushalt beschäftigt wird:

	Name, Vorname	AHV-Versichertennummer
1		
2		
3		

AHV-pflichtige Löhne ab (Datum)	Mutmassliche AHV-Lohnsumme (von Beginn Lohnzahlungen bis Ende Jahr)
---------------------------------	--

Sind Sie für die Arbeitnehmenden im Privathaushalt bereits einer Ausgleichskasse angeschlossen?

Ja Nein

12 Korrespondenzadresse

Nur falls abweichend von den Angaben unter Ziff. 5.

Wohnsitzadresse Geschäftsadresse Vertreteradresse

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

13 Auszahlungsadresse Betrieb

IBAN Nummer (21-stellig)

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

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

Zahlungsweg

Bank Post

Postkonto

Clearing-Nr. Bank

Bankkonto

14 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

15 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.

16 Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Bei rückwirkender Erfassung: Steuererklärungen und Geschäftsabschlüsse (vgl. Ziff. 8)
- Kopie der Anschlussvereinbarung BVG (vgl. Ziff. 14)
- _____
- _____

17 Bestätigung

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte leer lassen

Bemerkungen

Abrechnungsnummer

Visum

MR:

BE:

VE:

AGK: