

# Anmeldung Teilhaber/in

Die Anmeldeformulare der einzelnen Teilhaberinnen und Teilhaber bitte zusammen mit dem Formular „Anmeldung Personengesellschaft“ einreichen.

## 1 Personalien Teilhaber/in

Familienname		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 <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	
seit		Nationalität	
Fachgebiet / Umschreibung der selbständigen Erwerbstätigkeit			
Name der Personengesellschaft			

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

Familienname		Versichertennummer	
Vorname(n)		Geburtsdatum	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Titel	
Im Betrieb mitarbeitend? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Nationalität	

## 3 Wohnsitzadresse

Strasse		Telefon	
Postfach		Fax	
PLZ	Ort	E-Mail	

## 4 Korrespondenzadresse

Wohnsitzadresse

Geschäftsadresse gemäss  
„Anmeldung Personengesellschaft“

Vertreteradresse

Falls Vertreteradresse:

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

## 5 Auszahlungsadresse

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

IBAN Nummer (21-stellig)

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

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

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

## 6 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 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Nein	

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

## 7 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.

## 8 Angaben zur Verbandszugehörigkeit

Falls Sie Mitglied eines der folgenden Berufsverbände sind, bitten wir Sie, auf der entsprechenden Zeile das Eintrittsdatum und die Mitgliednummer einzutragen.  
Falls Ihre Anmeldung noch pendent ist, wollen Sie stattdessen das Kästchen in der Spalte 'P' ankreuzen.

Berufsverband	Eintrittsdatum	Mitgliednummer	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 im Privathaushalt beschäftigen, füllen Sie bitte Ziff. 9–11 aus.**

## 9 Arbeitnehmende im Privathaushalt

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

	Name, Vorname	AHV-Versichertennummer
1		
2		

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

## 10 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

## 11 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.

## 12 Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Bei rückwirkender Erfassung: Steuererklärungen und Geschäftsabschlüsse (vgl. Ziff. 7)
- Kopie der Anschlussvereinbarung BVG (vgl. Ziff. 10)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 13 Bestätigung

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte leer lassen

Bemerkungen

Abrechnungsnummer

Visum

MR:

BE:

VE:

AGK: