

Anmeldung Selbständigerwerbende/r

Falls Sie Teilhaber einer Personengesellschaft sind, füllen Sie bitte nur das Formular „Anmeldung Teilhaber/in einer Personengesellschaft“ aus.

1 Angaben zum Betrieb

UID-Nummer

CHE-

Ist das Unternehmen im Handelsregister eingetragen?

Ja Nein

Falls ja, Datum des Eintrags

Bei Handelsregistereintrag: Firma (Name) gemäss Handelsregister

2 Personalien Selbständigerwerbende/r

Familiename

Vorname(n)

Geburtsdatum

AHV-Versichertennummer

756.

Anrede

Frau Herr

Titel

Aktueller Zivilstand

ledig

verheiratet

eingetragene Partnerschaft

verwitwet

gerichtlich getrennt

geschieden

aufgelöste Partnerschaft

seit

Nationalität

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

Familiename

Vorname(n)

Geburtsdatum

AHV-Versichertennummer

756.

Anrede

Frau Herr

Titel

Nationalität

4 Wohnsitzadresse

Strasse	Postfach	
PLZ	Ort	E-Mail
Telefon	Mobil	

5 Geschäftsadresse

Adresszusatz (z.B. 'c/o ...')	Strasse	
Postfach	PLZ	Ort
E-Mail	Webseite	
Telefon	Fax	

Kontaktperson

Name	Vorname
E-Mail	Telefon Direktwahl

Filialen / Zweigniederlassungen

Werden Filialen oder Zweigniederlassungen geführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls ja: Wünschen Sie die Abrechnung über den Hauptsitz? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Adresse der Filiale oder Zweigniederlassung	seit
Adresse einer weiteren Filiale oder Zweigniederlassung	seit

6 Korrespondenz

Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch
Korrespondenzadresse <input type="checkbox"/> Wohnsitzadresse <input type="checkbox"/> Geschäftsadresse <input type="checkbox"/> Vertreteradresse

Falls Vertreteradresse:

Vertreter		
Strasse		Postfach
PLZ	Ort	
Telefon	Fax	E-Mail

7 Auszahlungsadresse

Diese Angaben werden für die Rückzahlung allfällig zu viel 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"/>
Kontoinhaber (falls Drittperson)											
Name						Adresse					

8 Angaben zur selbständigen Erwerbstätigkeit

Fachgebiet	Führen Sie eine eigene Praxis? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein → s. nächste Frage
Falls Sie <u>keine eigene Praxis</u> führen, bitten wir Sie, die selbständige Erwerbstätigkeit zu umschreiben und Kopien von allfälligen Zusammenarbeitsverträgen beizulegen.	
Neugründung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls <u>nein</u> , bisheriger Inhaber
Selbständigerwerbend seit/ab	Selbständige Erwerbstätigkeit im <input type="checkbox"/> Haupterwerb <input type="checkbox"/> Nebenerwerb
ausserdem als Arbeitnehmer/in angestellt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> im Haupterwerb <input type="checkbox"/> im Nebenerwerb	Name und Adresse des Arbeitgebers
Sind Sie bereits als Selbständigerwerbende/r einer Ausgleichskasse angeschlossen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls <u>ja</u> : Bei welcher Ausgleichskasse und seit wann?
Üben Sie ausserhalb der Schweiz eine Erwerbstätigkeit aus? <input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Nein	* Falls <u>ja</u> , bitte den „Fragebogen zu Mehrfachstätigkeiten Schweiz/Ausland“ ausfüllen. Er kann unter www.medisuisse.ch > Anmeldung/Abmeldung oder per Mail angefordert werden.

9 Erwerbseinkommen und Eigenkapital

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

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

10 Angaben zur Verbandszugehörigkeit

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

Berufsverband	Eintrittsdatum	Mitgliedsnummer
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte		
SSO Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft		
GST Gesellschaft Schweizer Tierärztinnen und Tierärzte		
ChiroSuisse / SCG Schweiz. Chiropraktoren-Gesellschaft		
ohne Verband	–	–

Falls Sie als Verbandsmitglied **noch nicht definitiv aufgenommen** sind, bitten wir Sie um Zustellung der **Kopie Ihres Gesuchs**.

Falls Sie Arbeitnehmende beschäftigen, füllen Sie bitte Ziff. 11–16 aus.

11 Arbeitnehmende im Betrieb

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

	Name, Vorname	AHV-Versichertennummer	Geburtsdatum
1		756.	
2		756.	
3		756.	
4		756.	
5		756.	
6		756.	
7		756.	
8		756.	
9		756.	

Bei Arbeitnehmenden in einer Filiale oder Zweigniederlassung vermerken Sie bitte „**Filiale**“ hinter dem Namen/Vornamen. Weitere Arbeitnehmende können unter Ziff. 18 (Bemerkungen) aufgeführt werden.

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 Gesamtlohnsumme** müssen umgehend gemeldet werden (www.medisuisse.ch > Formulare > Anpassung Lohnsumme).

Falls Sie **Arbeitnehmende** beschäftigen, die **zusätzlich eine Erwerbstätigkeit im Ausland** ausüben, füllen Sie bitte den „Fragebogen zu Mehrfachstätigkeiten Schweiz/Ausland“ aus (www.medisuisse.ch > Anmeldung/Abmeldung).

12 Arbeitnehmende im Privathaushalt

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

	Name, Vorname	AHV-Versichertennummer	Geburtsdatum
1		756.	
2		756.	
3		756.	
4		756.	
5		756.	

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

Falls ja: Bei welcher Ausgleichskasse? _____

 Nein

Falls nein, wird bei der *medisuisse* ein separates Arbeitgeberkonto eröffnet.

13 Korrespondenzadresse als Arbeitgeber/in

Nur falls abweichend von den Angaben unter Ziff. 6.

 Wohnsitzadresse

 Geschäftsadresse

 Vertreteradresse

Vertreter

Strasse

Postfach

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

14 Auszahlungsadresse Betrieb

Nur falls abweichend von den Angaben unter Ziff. 7.

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Kontoinhaber (falls Drittperson)

Name

Adresse

15 Berufliche Vorsorge

Sind Sie für Ihre Arbeitnehmenden einer registrierten Vorsorgeeinrichtung angeschlossen?

Ja Nein Anschluss pendent

► Falls ja:

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

Policen-Nummer (falls Sie nicht der PAT-BVG angeschlossen sind, legen Sie bitte eine **Kopie des Anschlussvertrags** bei)

► Falls nein:

Befreiungsgründe (mehrere Antworten möglich):

- Lohn jedes einzelnen Arbeitnehmenden ist nicht über der Eintrittsschwelle BVG (CHF 22'050.00/Jahr bzw. CHF 1'837.50/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).

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

Ja Nein

16 Obligatorische Unfallversicherung

Sind Sie für Ihre Arbeitnehmenden einer Unfallversicherung angeschlossen?

Ja Nein Anschluss pendent

► Falls ja:

Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nummer

► Falls nein:

Grund:

Verschiedenes

17 Beilagen

Wir bitten Sie, mit der Anmeldung die folgenden Beilagen einzureichen:

- Kopie Zusammenarbeitsverträge (vgl. Ziff. 8)
- Kopie Aufnahmegesuch Verbandsmitgliedschaft (vgl. Ziff. 10)
- Kopie Anschlussvertrag BVG (vgl. Ziff. 15)
-
-
-

18 Bemerkungen

--

19 Bestätigung

Ort und Datum

Unterschrift