

# Anmeldung Teilhaber/in einer Personengesellschaft

## 1 Personalien Teilhaber/in

UID-Nummer CHE-			
Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		AHV-Versichertennummer 756.	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Titel	
Aktueller Zivilstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> gerichtlich getrennt <input type="checkbox"/> geschieden seit		<input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft	
Name und Geschäftsadresse der Personengesellschaft		Nationalität	
Abrechnungsnummer der Personengesellschaft (falls vorhanden)			

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

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		AHV-Versichertennummer 756.	
Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Titel	
Nationalität			

## 3 Wohnsitzadresse

Strasse		Postfach	
PLZ	Ort	E-Mail	
Telefon		Mobil	

## 4 Korrespondenz

Korrespondenzsprache

Deutsch

Französisch

Italienisch

Korrespondenzadresse

Wohnsitzadresse

Geschäftsadresse

Vertreteradresse

Falls Vertreteradresse:

Vertreter

Strasse

Postfach

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

## 5 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"/>	<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

## 6 Angaben zur selbständigen Erwerbstätigkeit

Fachgebiet

Bitte die selbständige Erwerbstätigkeit umschreiben und Kopien der allfälligen Zusammenarbeitsverträge beilegen

Selbständigerwerbend seit/ab

Selbständige Erwerbstätigkeit im

Haupterwerb

Nebenerwerb

ausserdem als Arbeitnehmer/in angestellt

Nein

im Haupterwerb

im Nebenerwerb

Name und Adresse des Arbeitgebers

Sind Sie bereits als Selbständigerwerbende/r einer Ausgleichskasse angeschlossen?

Ja

Nein

Falls ja: Bei welcher Ausgleichskasse und seit wann?

Üben Sie ausserhalb der Schweiz eine Erwerbstätigkeit aus?

Ja\*

Nein

\* Falls ja, bitte den „Fragebogen zu Mehrfachstätigkeiten Schweiz/Ausland“ ausfüllen. Er kann unter [www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) > Anmeldung/Abmeldung oder per Mail 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
---------------------------------------

## 8 Angaben zur Verbandszugehörigkeit

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

Berufsverband	Eintrittsdatum	Mitgliednummer
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. 9–12 aus.**

## 9 Eigene Arbeitnehmende zusätzlich zur Personengesellschaft

Falls Sie eigene **Arbeitnehmende zusätzlich zur Personengesellschaft** beschäftigen, füllen Sie bitte das Formular „**Erstmalige Anmeldung von Arbeitnehmenden**“ aus. Dieses kann unter [www.medisuisse.ch](http://www.medisuisse.ch) > Anmeldung / Abmeldung oder per E-Mail angefordert werden.

## 10 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  Nein → Es wird bei der *medisuisse* ein separates Abrechnungskonto eröffnet.

## 11 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 22'680.00/Jahr bzw. CHF 1'890.00/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

## 12 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

## 13 Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Zusammenarbeitsverträge (vgl. Ziff. 6)
- Kopie Aufnahmegesuch Verbandsmitgliedschaft (vgl. Ziff. 8)
- Kopie Anschlussvertrag BVG (vgl. Ziff. 11)
- 
-

## 14 Bemerkungen

--

## 15 Bestätigung

Ort und Datum

Unterschrift