

Anmeldung juristische Person

1 Angaben zum Unternehmen

Name des Unternehmens (Firma)		UID-Nummer CHE-	
Datum des Handelsregistereintrags (bitte Kopie des Handelsregisterauszugs beilegen)		Branche / Fachgebiet	
Rechtsform <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft (AG) <input type="checkbox"/> Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) <input type="checkbox"/> Genossenschaft <input type="checkbox"/> Kommanditaktiengesellschaft <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Stiftung <input type="checkbox"/> _____		Handelt es sich um eine Neugründung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls <u>ja</u> , per wann _____	
Handelt es sich um eine Zweigniederlassung/Filiale? <input type="checkbox"/> Ja → Abrechnungs-Nr. Hauptsitz?		<input type="checkbox"/> Nein	
Bei Zweigniederlassungen/Filialen: Wünschen Sie die Abrechnung über den Hauptsitz? <input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Ist das Unternehmen bereits einer Ausgleichskasse angeschlossen? <input type="checkbox"/> Ja → Bei welcher?		<input type="checkbox"/> Nein	

2 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?

Ja Nein

Falls ja: Wünschen Sie die Abrechnung über den Hauptsitz?

Ja Nein

Adresse der Filiale oder Zweigniederlassung

seit

Adresse einer weiteren Filiale oder Zweigniederlassung

seit

3 Rechtssitzadresse (falls abweichend von Geschäftsadresse)

Adresszusatz (z.B. 'c/o ...')

Strasse

Postfach

PLZ

Ort

E-Mail

Telefon

4 Korrespondenz

Korrespondenzsprache

Deutsch

Französisch

Italienisch

Korrespondenzadresse

Geschäftsadresse

Rechtssitzadresse

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)

Kontoinhaber (falls Drittperson)

Name

Adresse

6 Angaben zur Verbandszugehörigkeit

Falls die **Firma** oder die **Gründer** der juristischen Person **Mitglieder einer der untenstehenden Berufsverbände** sind, bitten wir Sie, auf der entsprechenden Zeile das Eintrittsdatum und Mitgliednummer des zuerst eingetretenen Gründers 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 der zuerst eingetretene Gründer **noch nicht definitiv aufgenommen** ist, bitten wir Sie um Zustellung der **Kopie des Gesuchs**.

Falls die juristische Person Arbeitnehmende beschäftigt, füllen Sie bitte Ziff. 7–9 aus.

7 Arbeitnehmende

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.	

Bei Arbeitnehmenden in einer Filiale oder Zweigniederlassung vermerken Sie bitte „**Filiale**“ hinter dem Namen/Vornamen. Weitere Arbeitnehmende können unter Ziff. 11 (Bemerkungen) aufgeführt werden.

AHV-pflichtige Löhne ab (Datum)

Mutmassliche AHV-Lohnsumme
(von Beginn Lohnzahlung 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).

8 Berufliche Vorsorge

Ist die Firma für ihre Arbeitnehmenden einer registrierten Vorsorgeeinrichtung angeschlossen?

Ja Nein Anschluss pendent

► Falls ja:

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

Policen-Nummer (falls die Firma nicht der PAT BVG angeschlossen ist, 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

9 Obligatorische Unfallversicherung

Ist die Firma für ihre Arbeitnehmenden einer Unfallversicherung angeschlossen?

- Ja Nein Anschluss pendent

► Falls ja:

Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nummer

► Falls nein:

Grund:

10 Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Handelsregisterauszug (vgl. Ziff. 1)
- Kopie Anschlussvertrag BVG (vgl. Ziff. 8)
-

11 Bemerkungen

12 Bestätigung

Ort und Datum

Unterschrift