

Anmeldung Personengesellschaft

1 Angaben zur Gesellschaft

Name der Gesellschaft		
Datum Handelsregistereintrag	falls kein Eintrag: Gründungsdatum	UID-Nummer CHE-
Rechtsform <input type="checkbox"/> einfache Gesellschaft <input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft <input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft <input type="checkbox"/> _____		
Branche / Fachgebiet		
Ist die Gesellschaft bereits einer Ausgleichskasse angeschlossen?		
<input type="checkbox"/> Ja, bei welcher? _____ <input type="checkbox"/> Nein		

2 Teilhaberinnen und Teilhaber

	Teilhaber 1	Teilhaber 2	Teilhaber 3
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
AHV-Versichertennummer	756.	756.	756.
Privatadresse:			
– Strasse, Nr.			
– PLZ, Ort			
Falls Anschluss als Selbständigerwerbende/r bei einer anderen Ausgleichskasse:			
– Bei welcher?			
– Abrechnungsnummer			

Weitere Teilhaber/innen bitte unter Ziff. 10 (Bemerkungen) oder auf einem Beiblatt.

Teilhaber/innen, die noch nicht als Selbständigerwerbende bei der *medisuisse* oder einer anderen Ausgleichskasse angeschlossen sind, müssen das Formular „Anmeldung Teilhaber/in einer Personengesellschaft“ ausfüllen und zusammen mit dem vorliegenden Fragebogen einreichen. Das Formular kann unter www.medisuisse.ch > Anmeldung / Abmeldung oder per Mail angefordert werden.

3 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

4 Korrespondenz

Korrespondenzsprache

Deutsch

Französisch

Italienisch

Korrespondenzadresse

Geschäftsadresse

Vertreteradresse

Falls Vertreteradresse:

Vertreter

Strasse

Postfach

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

5 Auszahlungsadresse Betrieb

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

Falls die Gesellschaft Arbeitnehmende beschäftigt, füllen Sie bitte Ziff. 6–8 aus.

6 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.	

Bei Arbeitnehmenden in einer Filiale oder Zweigniederlassung vermerken Sie bitte „**Filiale**“ hinter dem Namen/Vornamen. Weitere Arbeitnehmende können unter Ziff. 10 (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).

7 Berufliche Vorsorge

Ist die Gesellschaft 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:

- 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 bei der Personalvorsorgeeinrichtung der Ärzte und Tierärzte (PAT BVG)?

Ja Nein

8 Obligatorische Unfallversicherung

Ist die Gesellschaft für ihre Arbeitnehmenden einer Unfallversicherung angeschlossen?

Ja Nein Anschluss pendent

► Falls ja:

Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft

Policen-Nummer

► Falls nein:

Grund:

Verschiedenes

9 Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

Kopie Handelsregisterauszug (vgl. Ziff. 1)

Kopie Anschlussvertrag BVG (vgl. Ziff. 7)

10 Bemerkungen

11 Bestätigung

Ort und Datum

Unterschrift