

## Erstmalige Anmeldung von Arbeitnehmenden

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, wenn Sie bereits als Selbständigerwerbende/r, Personengesellschaft, Teilhaber/in oder juristische Person bei der *medisuisse* erfasst sind und **neu Personal beschäftigen**.

### 1 Arbeitgeber/in

Firma bzw. Name/Vorname

bestehende Abrechnungsnummer

### 2 Adresse Beschäftigungsort

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

Strasse

Postfach

PLZ

Ort

E-Mail

Webseite

Telefon

Fax

#### Kontaktperson

Name

Vorname

E-Mail

Telefon Direktwahl

### 3 Abrechnungsnummer als Arbeitgeber

Bitte zutreffenden Grund ankreuzen.

- bestehende Praxis neu mit Personal  
oder
- Teilhaber einer Personengesellschaft zusätzlich mit eigenem Personal  
oder
- zweiter Standort mit Personal

## 4 Korrespondenzadresse

Geschäftsadresse       Vertreteradresse       Wohnsitzadresse des Arbeitgebers

Falls Vertreteradresse oder Wohnsitzadresse des Arbeitgebers:

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

## 6 Arbeitnehmende im Betrieb

Handelt es sich um eine Praxisübernahme?

Nein     Ja

Falls ja: Name und Vorname des bisherigen Inhabers angeben

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.	

Weitere Arbeitnehmende bitte unter Ziff. 10 (Bemerkungen) oder auf einem Beiblatt aufführen.

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](http://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](http://www.medisuisse.ch) > Anmeldung/Abmeldung).

## 7 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

## 8 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:

## 9 Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Anschlussvertrag BVG (vgl. Ziff. 7)
- 
-

## 10 Bemerkungen

--

## 11 Bestätigung

Ort und Datum

Unterschrift