

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

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 22'680.00/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

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