

# Anmeldung Teilhaber/in Personengesellschaft

## 1. Personalien

Name der Personengesellschaft			
Familienname	Vorname	Titel	
Versichertennummer	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Nationalität
Aktueller Zivilstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> aufgelöste Partnerschaft			seit (TT.MM.JJJJ)
Ausländerausweis: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> N		Einreisedatum	

## 2. Personalien Ehepartner/in bzw. Partner/in

Familienname	Vorname	Titel	
Versichertennummer	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W	Nationalität
Mitarbeitend im Betrieb? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

## 3. Wohnsitz (Steuerdomizil)

Gleich wie Geschäftsadresse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Adresszusatz
Strasse/Nr.	Postfach	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail	

## 4. Abweichende Zustelladresse für Geschäftskorrespondenz

Empfänger	Adresszusatz	
Strasse/Nr.	Postfach	PLZ/Ort
Telefon	E-Mail	

## 5. Auszahlungsadresse

IBAN (21-stellig)

C	H																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kontoinhaber/in

Wenn die IBAN nicht bekannt ist, bitte nachfolgende Informationen angeben:

Zahlungsweg:

 Bank  Post

Postkonto

Bankkonto/Bank

Clearing-Nr./Bank

## 6. Frühere Erwerbstätigkeit

Waren Sie bisher als Arbeitnehmer/in tätig?

 Ja  Nein

Falls ja:

Ende des Arbeitsverhältnisses

Name und Ort des Arbeitgebers

Höhe des effektiven Bruttolohnes im Jahre der Aufgabe der Arbeitnehmertätigkeit (CHF)

Waren Sie bisher als Selbständigerwerbende/r bei einer Ausgleichskasse angeschlossen?

 Ja  Nein

Falls ja:

Periode (von–bis)

Name der Ausgleichskasse

## 7. Angaben zur selbständigen Erwerbstätigkeit

Gesellschafter/in seit

Selbständige Tätigkeit im ...

 Haupterwerb  NebenerwerbFalls im Nebenerwerb: Üben Sie eine andere Tätigkeit aus als ...  Angestellte/r  Selbständigerwerbende/r

Wenn im Angestelltenverhältnis, Name der Firma angeben

Die zuständige Ausgleichskasse bzw. die SUVA beurteilt im Einzelfall, ob eine versicherte Person im Sinne der AHV als unselbständig- oder als selbständigerwerbend zu betrachten ist.

## 8. Erwerbseinkommen und Eigenkapital

Wie hoch schätzen Sie Ihr selbständiges Erwerbseinkommen (nach Abzug Unkosten)?

Voraussichtliches Erwerbseinkommen im laufenden Jahr

Periode (von–bis)

Einkommen Vorjahr

Periode (von–bis)

Für zurückliegende Jahre bitten wir Sie, die entsprechenden Einkommensdeklarationen beizulegen.  
Vorhandene Geschäftsabschlüsse sind ebenfalls beizulegen.

Im Geschäft investiertes Eigenkapital

## 9. Bestätigung

Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift

## 10. Bestätigung der AHV-Zweigstelle

- Die vorstehenden Angaben wurden geprüft
- Beilagen
- Bemerkungen

Ort und Datum

Unterschrift der AHV-Zweigstelle/Stempel