

## Anmeldung für Selbstständigerwerbende (Einzelfirma)

In selbstständiger Stellung ist erwerbstätig, wer in eigenem Namen und auf eigene Rechnung als freie/r Unternehmer/in tätig ist. Die Absicht, eine selbstständige Tätigkeit aufzunehmen, genügt nicht für eine Anerkennung der selbstständigen Tätigkeit durch die Ausgleichskasse. Die Anerkennung als Selbstständigerwerbende/r setzt voraus, dass die versicherte Person bereits eine relevante, im Wirtschaftsverkehr in Erscheinung tretende Tätigkeit ausübt und die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.

### 1. Personalien und Wohnadresse

Herr     Frau                      Korrespondenzsprache     deutsch     italienisch

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.                      756 . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_    Geb.-Datum    \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Adresszusatz \_\_\_\_\_

Strasse/Nummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mailadresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Art der Aufenthaltsbewilligung \_\_\_\_\_

### 2. Angaben Ehepartner/in oder eingetragene/r Partner/in

Herr     Frau                      Korrespondenzsprache     deutsch     italienisch

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.                      756 . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_    Geb.-Datum    \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Adresszusatz \_\_\_\_\_

Strasse/Nummer \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Art der Aufenthaltsbewilligung \_\_\_\_\_

### 3. Zivilstand

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ledig                |   |
| <input type="checkbox"/> Verheiratet          | <input type="checkbox"/> Eingetragene Partnerschaft           |
| <input type="checkbox"/> Gerichtlich getrennt | <input type="checkbox"/> Richterlich getrennte Partnerschaft  |
| <input type="checkbox"/> Geschieden           | <input type="checkbox"/> Gerichtlich aufgelöste Partnerschaft |
| <input type="checkbox"/> Verwitwet            | <input type="checkbox"/> Durch Tod aufgelöste Partnerschaft   |

Aktueller Zivilstand seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

#### 4. Firmenbezeichnung und Geschäftsadresse (Rechtssitz)

Korrespondenzsprache  deutsch  italienisch  
Firmenname \_\_\_\_\_  
Branche (z.B. Industrie, Gastronomie, Bau) \_\_\_\_\_  
UID-Nummer (falls vorhanden) CHE- \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Adresszusatz \_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Webseite \_\_\_\_\_

#### 5. Versandadresse (Zustelladresse für Rechnungen und Korrespondenzen)

Zustelladresse gemäss Wohnadresse (Ziffer 1)  
 Zustelladresse gemäss Geschäftsadresse (Ziffer 4)  
 Abweichende Zustelladresse oder Zustellung an Vertreter (**bitte Vollmacht beilegen**)  
 Herr  Frau Korrespondenzsprache  deutsch  italienisch  
Vorname, Name oder Firmenname \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr. 756 . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_  
Adresszusatz \_\_\_\_\_  
Strasse/Nummer \_\_\_\_\_  
Postfach \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

#### 6. Zahlungsverbindung (für allfällige Rückzahlungen)

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_  
IBAN Bank- oder Postkonto CH \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

#### 7. Angaben zur bisherigen Beitragspflicht

In welcher Form haben Sie zuletzt AHV-Beiträge bezahlt?

- als Arbeitnehmer/in** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
beim Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Pensum in Prozent \_\_\_\_\_  
Wie viele Monate arbeiten Sie im Jahr? \_\_\_\_\_  
Besteht die Erwerbstätigkeit weiterhin?  ja  nein  
Falls nein: Welches Einkommen erzielten Sie im Jahr der Erwerbsaufgabe? CHF \_\_\_\_\_  
(Kopie Lohnausweis beilegen)
- als Selbstständigerwerbende/r** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
bei Ausgleichskasse \_\_\_\_\_  
(Kopie Beitragsverfügung beilegen)  
Besteht die Erwerbstätigkeit weiterhin?  ja  nein

- als Arbeitslose/r** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Kopie Taggeldabrechnungen beilegen)
- als Nichterwerbstätige/r** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
bei Ausgleichskasse  
(Kopie Beitragsverfügung beilegen)
- beitragsbefreit durch Ehepartner/in oder eingetragene/r Partner/in**

## 8. Sofern verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft

In welcher Form hat Ihr Ehepartner/in oder eingetragene/r Partner/in zuletzt AHV-Beiträge bezahlt?

- als Arbeitnehmer/in** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
beim Arbeitgeber \_\_\_\_\_  
Pensum in Prozent \_\_\_\_\_  
Wie viele Monate arbeitet er/sie im Jahr? \_\_\_\_\_  
Besteht die Erwerbstätigkeit weiterhin?  ja  nein  
Falls nein: Welches Einkommen erzielte er/sie im Jahr der Erwerbsaufgabe? CHF \_\_\_\_\_  
(Kopie Lohnausweis beilegen)
- als Selbstständigerwerbende/r** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
bei Ausgleichskasse \_\_\_\_\_  
Pensum in Prozent \_\_\_\_\_  
Wie viele Monate arbeitet er/sie im Jahr? \_\_\_\_\_  
Besteht die Erwerbstätigkeit weiterhin?  ja  nein  
Falls nein: Welches Einkommen erzielte er/sie im Jahr der Erwerbsaufgabe? CHF \_\_\_\_\_  
(Kopie Beitragsverfügung beilegen)
- als Arbeitslose/r** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
(Taggeldabrechnungen beilegen)
- als Nichterwerbstätige/r** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
bei Ausgleichskasse \_\_\_\_\_
- beitragsbefreit durch Ehepartner/in oder eingetragene/r Partner/in**

## 9. Weitere Angaben über den Betrieb

- Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit (Datum) \_\_\_\_\_
- Wie üben Sie die Tätigkeit aus?  Hauptberuf  Nebenberuf
- Eintrag im Handelsregister  ja  nein
- Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?  ja  nein
- Falls ja: Erfolgt der Anschluss bei der Ausgleichskasse Ihres Berufsverbandes?  ja  nein
- Name und Adresse des Berufsverbandes \_\_\_\_\_
- Name und Adresse der Ausgleichskasse \_\_\_\_\_
- Sind Sie in mehreren Staaten erwerbstätig?  ja  nein
- in welchen Staaten \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie unser [Merkblatt bezüglich der Sozialen Sicherheit in der Schweiz](#).

## 10. Angaben über das Personal

(Detaillierte Angaben werden zu einem späteren Zeitpunkt via Lohndeklarationsformular angefragt)

Ich beschäftige Arbeitnehmende  ja, ab \_\_\_\_\_  nein

Falls ja: Geschätzte Jahreslohnsumme (Brutto) CHF \_\_\_\_\_

Haben alle Mitarbeitenden einen AHV-Ausweis?  ja  nein

Falls nein: Bitte bestellen Sie die fehlenden Ausweise mittels entsprechendem [Anmeldeformular](#).

## 11. Angaben Berufliche Vorsorge und Unfallversicherung

### BVG (Berufliche Vorsorge)

Sofern BVG-pflichtige Löhne ausbezahlt werden, ist der Anschluss an eine Vorsorgeeinrichtung BVG obligatorisch. Beachten Sie dazu das [Merkblatt 6.06 Berufliche Vorsorge BVG](#)

Wir haben unsere Mitarbeitende einer registrierten Vorsorgeeinrichtung gemäss BVG angeschlossen.

Name und Sitz der Versicherung (Police zwingend beilegen) \_\_\_\_\_

### UVG (Unfallversicherung)

Sie sind gesetzlich verpflichtet, Ihre Mitarbeitenden gegen Unfall zu versichern. Beachten Sie dazu das [Merkblatt 6.05 Obligatorische Unfallversicherung UVG](#)

Wir haben für unsere Mitarbeitenden eine Unfallversicherung nach UVG abgeschlossen.

Name und Sitz der Versicherung \_\_\_\_\_

## 12. Ausführungen zur sozialversicherungsrechtlichen Stellung

### Fragen

**Ja** **Nein**

Treten Sie gegenüber Ihren Kunden in Ihrem eigenen Namen auf?

Stellen Sie Ihren Kunden direkt Rechnung?

Tragen Sie Verluste bei Zahlungsunfähigkeit Ihrer Kunden selbst?

Tragen Sie die Unkosten selbst?

Liegt ein Unterordnungsverhältnis gegenüber Ihrem/n Auftraggeber/n vor?

(Erhebliche Weisungsgebundenheit in persönlicher, organisatorischer und zeitlicher Hinsicht,

Bindung an Arbeitszeiten, Anspruch auf bezahlte Ferien)

Sind Sie in die Arbeitsorganisation Ihres Auftraggebers eingebunden?

Besitzen Sie eigene Betriebsräumlichkeiten mit branchenüblichen Einrichtungen?

Beschaffen Sie das notwendige Material auf eigene Rechnung?

Besteht Ihr Verdienst aus einer Provision?

Haben Sie Investitionen getätigt?

Art der Investition \_\_\_\_\_ Kosten CHF \_\_\_\_\_

Art der Investition \_\_\_\_\_ Kosten CHF \_\_\_\_\_

Ich bin für folgende Anzahl Auftraggeber tätig

Name des Auftraggebers \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Name des Auftraggebers \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Name des Auftraggebers \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Name des Auftraggebers \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Ich beschreibe meine Tätigkeit wie folgt

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zur Beurteilung der sozialversicherungsrechtlichen Stellung, reichen Sie uns bitte folgende Unterlagen - falls vorhanden - ein:

- **Offerten, Quittungen und Rechnungen in eigenem Namen an Kunden und von Lieferanten**  
(wenn möglich mehrere Nachweise)
- **Ausübungsbewilligungen, Diplome, Zertifikate etc.**
- **Mietvertrag für Geschäftsräume**
- **unterzeichnete Verträge mit Kunden und Lieferanten**
- **Leasing- oder Kaufverträge für Investitionen**
- **Nachweis des investierten Eigenkapitals**
- **Buchhaltung und/oder Kassabuch**
- **Nachweise Zahlungseingänge Ihrer Kunden**
- **Werbeunterlagen (bspw. Flyer, Visitenkarte, Prospekte etc.)**
- **andere Belege oder Angaben, welche die selbstständige Tätigkeit nachweisen**

### 13. Selbsteinschätzung

Diese Angaben dienen zur Festsetzung der provisorischen AHV/IV/EO-Beiträge. Wesentliche Abweichungen zu dieser Schätzung sind der Ausgleichskasse zu melden. Die definitive Festsetzung erfolgt nach Eingang der Steuermeldung.

Geschätzter jährlicher **Reingewinn** aus selbstständiger Erwerbstätigkeit CHF \_\_\_\_\_

Im Betrieb angelegtes Vermögen (Eigenkapital) CHF \_\_\_\_\_

Bemerkungen

---

---

---

---

**Ich bestätige, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.**

(unvollständige Anmeldungen können zu Verzögerungen bei der Bearbeitung führen)

Ort, Datum

Unterschrift

---

---

Besuchen Sie unsere [Webseite](#). Sie finden darauf wichtige Informationen, Merkblätter und Anmeldeformulare sowie die gesetzlichen Grundlagen.