

Anmeldung für Selbstständigerwerbende in der Landwirtschaft

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.

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. Geschäfts- / Betriebsadresse

Korrespondenzsprache deutsch italienisch
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 Geschäft-/Betriebsadresse (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 oder 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 erzielen 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 Landwirtschaftsbetrieb

Aufnahme der selbstständigen Tätigkeit _____

Wie üben Sie die Tätigkeit aus? Hauptberuf Nebenberuf

Haben Sie den Betrieb übernommen? ja nein

Haben Sie den Betrieb gepachtet? ja nein

Falls ja, von wem? Name und Adresse _____

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 in der Landwirtschaft

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

Ich beschäftige Arbeitnehmende ja, ab _____ nein

Falls ja: Arbeitskräfte in der Landwirtschaft ohne Familienmitglieder

(geschätzte Jahreslohnsumme brutto) CHF _____

*Mitarbeitende Familienmitglieder in der Landwirtschaft

(geschätzte Jahreslohnsumme brutto) CHF _____

*Folgende Personen gelten als mitarbeitende Familienmitglieder in der Landwirtschaft:

Ehegatte oder eingetragene/r Partner/in, Kinder, Eltern, Schwiegereltern und Schwiegerkind (nur bei Hofübernahme). Diese Personen sind bei Arbeitslosenversicherung (ALV) und den Familienzulagen in der Landwirtschaft (FLG) von der Beitragspflicht befreit.

Haben alle Mitarbeitenden einen AHV-Ausweis? ja nein

Wenn 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

Die Beurteilung der sozialversicherungsrechtlichen Stellung muss gestützt auf Unterlagen erfolgen, die diesem Anmeldeformular **zwingend** beizulegen sind.

- **Übernahme-, Pacht-, oder Kaufvertrag**
- **Bescheinigung über Anspruch auf Direktzahlungen**

13. Selbsteinschätzung

Diese Angaben dienen zur Festsetzung der provisorischen AHV/IV/EO-Beiträge. Allfällige Abweichungen zu dieser Schätzung können jederzeit gemeldet werden. Die definitive Festsetzung erfolgt nach Eingang der Steuermeldung.

Geschätzter jährlicher **Reingewinn** aus selbstständiger Erwerbstätigkeit CHF _____

Im Betrieb angelegtes Vermögen (Eigenkapital) CHF _____

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.