

Fragebogen 2

zur Abklärung der Beitragspflicht AHV/IV/EO für Teilhaber von Personengesellschaften und Erben



A	<p><u>Erfassung als</u></p> <p><input type="checkbox"/> einfache/r Gesellschafter/in</p> <p><input type="checkbox"/> Kollektivgesellschafter/in</p> <p><input type="checkbox"/> Kommanditär/in</p> <p><input type="checkbox"/> Komplementär/in</p> <p>01 <input type="checkbox"/> Erbe/Erbin → bitte beantworten Sie Fragen betreffend Teilhaber sinngemäss</p>	<p>Zweigstelle: _____</p> <p>Abr.-Nr.: _____</p> <p>Zweigstellencode: _____</p>																																										
02	<p><u>Gesellschaft</u></p> <p>Name/Firma: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>PLZ/Ort: _____</p>	<p>Branche: _____</p>																																										
03	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"><u>Personalien</u></th> <th style="width: 35%; text-align: center;">Teilhaber/in</th> <th style="width: 35%; text-align: center;">Ehepartner/in</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Name (-Name Ehepartner):</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Vorname:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Strasse:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>PLZ/Ort:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Vers-Nr.:</td> <td style="text-align: center;">7 5 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">7 5 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Telefon:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>E-Mail-Adresse:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Schweizer Wohnsitz seit:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nationalität:</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Ausländer: Kategorie:</td> <td style="text-align: center;"><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</td> <td style="text-align: center;"><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</td> </tr> <tr> <td>Zivilstand:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> verwitwet</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> geschieden seit: _____</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Personalien</u>	Teilhaber/in	Ehepartner/in	Name (-Name Ehepartner):	_____	_____	Vorname:	_____	_____	Strasse:	_____	_____	PLZ/Ort:	_____	_____	Geburtsdatum:	_____	_____	Vers-Nr.:	7 5 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7 5 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Telefon:	_____	_____	E-Mail-Adresse:	_____	_____	Schweizer Wohnsitz seit:	_____	_____	Nationalität:	_____	_____	Ausländer: Kategorie:	<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	<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	Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet		<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____		<p>Erfassung als: _____</p> <p>ab: _____</p>
<u>Personalien</u>	Teilhaber/in	Ehepartner/in																																										
Name (-Name Ehepartner):	_____	_____																																										
Vorname:	_____	_____																																										
Strasse:	_____	_____																																										
PLZ/Ort:	_____	_____																																										
Geburtsdatum:	_____	_____																																										
Vers-Nr.:	7 5 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	7 5 6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																										
Telefon:	_____	_____																																										
E-Mail-Adresse:	_____	_____																																										
Schweizer Wohnsitz seit:	_____	_____																																										
Nationalität:	_____	_____																																										
Ausländer: Kategorie:	<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	<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																																										
Zivilstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet																																										
	<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____																																											
04	<p>Zustelladresse für Rechnungen, Verfügungen usw. (sofern abweichend von der obigen Adresse):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																											
05	<p>Wohin können allfällige Guthaben überwiesen werden?</p> <p>Postcheckkonto: _____</p> <p>IBAN Nr.: <input type="text"/> CH <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"/></p> <p>Bankadresse: _____</p> <p>Zahlung mittels Lastschriftverfahren erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Kontoinhaber: _____</p>																																											

BWeitere Angaben zum Teilhaber/zur Teilhaberin

Teilhaber/in seit: _____

Handelsregistereintrag: SHAB-Nr. _____ vom _____

Arbeiten Sie im Betrieb mit? nein ja, als _____

Wie hoch schätzen Sie das Einkommen der ersten 12 Monate? _____

Handelt es sich bei der Tätigkeit um einen Haupterwerb Nebenerwerb

Bei Nebenerwerb: Was ist der Haupterwerb? _____

Wo wird der Haupterwerb ausgeübt? _____

Sind Sie bereits einer anderen Ausgleichskasse angeschlossen?

 ja: Bei welcher? _____ nein: Wo haben Sie zuletzt AHV/IV/EO-Beiträge bezahlt?als Arbeitnehmer/in bei: _____

bis: _____

als Selbständigerwerbende/r Teilhaber/in Nichterwerbstätige/r ALV-Bezüger/in

bis: _____

Adresse: _____

Ausgleichskasse: _____

06

CWeitere Angaben zum Ehepartner/zur EhepartnerinWird eine Erwerbstätigkeit ausgeübt? ja neinWenn ja, als Arbeitnehmer/in; Selbständigerwerbende/r;

Arbeitgeber: _____ Ausgleichskasse: _____

Beschäftigungsumfang: Vollzeit Teilzeit

Voraussichtliches AHV-pflichtiges Einkommen: Fr. _____ / Jahr

07

Werden Arbeitslosentaggelder bezogen? Wenn ja: Fr. _____ / Jahr

D

Bemerkungen:

08

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben bestätigt:

Ort und Datum

Unterschrift

Beilagen (in Kopie): Mietvertrag Geschäftsräumlichkeiten _____ Rechnungen von Investitionen _____ Offerten an Kunden _____ Verträge mit Kunden _____

09

 Rechnungen an Kunden _____Bestätigung der AHV-Zweigstelle:

Die vorstehenden Angaben wurden auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüft.

Bemerkungen: _____

Vorgänger: _____

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift