

## Anmeldung zum vereinfachten Abrechnungsverfahren für Sozialversicherungsbeiträge und Steuern

### Voraussetzungen für die Teilnahme im vereinfachten Abrechnungsverfahren

Für die Abrechnung im vereinfachten Abrechnungsverfahren müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden (ab 01.01.2018 nicht mehr möglich für Kapitalgesellschaften und Genossenschaften):

- Der Jahreslohn pro Arbeitnehmer/in darf den Grenzbetrag für den Eintritt in die obligatorische berufliche Vorsorge nicht übersteigen. Im Jahre 2019 beträgt dieser Wert Fr. 21'330.00.
- Die gesamte jährliche Lohnsumme des Betriebes darf den doppelten Betrag der maximalen jährlichen Altersrente der AHV nicht übersteigen. Im Jahre 2019 beträgt dieser Wert Fr. 56'880.00.
- Der Arbeitgebende muss die Löhne des gesamten Personals im vereinfachten Verfahren abrechnen.
- Die Jahresabrechnung muss fristgerecht eingereicht und die Beiträge müssen pünktlich bezahlt werden.

Fällt eine dieser Voraussetzungen weg, erfolgt der Ausschluss aus dem vereinfachten Verfahren.

Die Anmeldung zum vereinfachten Verfahren wird beantragt ab \_\_\_\_\_

### Fragen zum Arbeitgeber

#### Firmenbezeichnung

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

Erwerbszweig (Branche) \_\_\_\_\_

UID-Nr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

#### Zustelladresse für Postsendungen (nur wenn von obiger Adresse abweichend)

Name, Vorname oder Firma \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

#### Zahlungsverbindung

Postkonto-Nr. \_\_\_\_\_

oder

IBAN-Nr. (International Bank Account Number – erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Bank)

--	--	--	--	--	--	--	--

Bankkonto-Nr. \_\_\_\_\_

### Verbands- und Ausgleichskassenmitgliedschaft

Wir sind einem Berufsverband angeschlossen  ja  nein

Wenn ja, welchem? \_\_\_\_\_

Wir sind einer Ausgleichskasse angeschlossen  ja  nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

## Versicherungsausweise

Bitte teilen Sie uns unter „Bemerkungen“ die Namen/Vornamen, die AHV-Nummern sowie die Eintrittsdaten Ihrer Arbeitnehmer mit. Bei jedem Neueintritt sind uns diese Angaben schriftlich unter Angabe Ihrer Mitgliedsnummer zu machen.

## Unfallversicherung (UVG)

Haben Sie Ihre Mitarbeitenden bei einer Versicherungsgesellschaft gegen Unfall versichert?

ja     nein

Wenn ja, bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Name/Adresse \_\_\_\_\_

Wenn nein, sind Sie verpflichtet, für Ihr Personal eine Unfallversicherung abzuschliessen und uns eine Kopie der Police zu senden.

## Bestätigung

Wir haben diesen Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt und von den Voraussetzungen für die Abrechnung im vereinfachten Verfahren Kenntnis genommen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

## Kontaktperson für Rückfragen

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

Telefonnummern    G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Emailadresse \_\_\_\_\_

Beilagen  
\_\_\_\_\_

## Bemerkungen

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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_