

AHV-Beitragspflicht: Fragebogen für Selbständigerwerbende und Personengesellschaften

SVA Zürich

Ausgleichskasse

Sozialversicherungsanstalt
des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
Tel 044 448 50 00, Fax 044 448 55 55
www.svazurich.ch, info-ahv@svazurich.ch

1 Rechtsform

Zutreffendes ankreuzen

Bitte beachten Sie je nach Rechtsform die unbedingt erforderlichen Beilagen.

- Landwirtschaftsbetrieb
- Einzelfirma
- Teilhaber/in
- Agent/in oder Vertreter/in
- Einfache Gesellschaft
Bitte auch die Fragen unter Punkt 15 beantworten und zusätzlich zum Fragebogen für den Betrieb auch einen Fragebogen pro Teilhaber/in (ohne Punkt 15) ausfüllen und eine Kopie des Gesellschaftsvertrags beilegen
- Kollektivgesellschaft
Bitte auch die Fragen unter Punkt 15 beantworten und zusätzlich zum Fragebogen für den Betrieb auch einen Fragebogen pro Teilhaber/in (ohne Punkt 15) ausfüllen; Handelsregistereintrag erforderlich
- Kommanditgesellschaft:
Bitte auch die Fragen unter Punkt 15 beantworten und zusätzlich zum Fragebogen für den Betrieb auch einen Fragebogen pro Teilhaber/in (ohne Punkt 15) ausfüllen; Handelsregistereintrag erforderlich

2 Unterlagen / Dokumentation

Bitte legen Sie dem Fragebogen Unterlagen bei, die Ihre selbständige Tätigkeit dokumentieren. Ohne Nachweis der von Ihnen ausgeführten Tätigkeit können wir nicht prüfen, ob Selbständigkeit im Sinne des AHV-Gesetzes vorliegt.

- Mietvertrag der Geschäftsräume
- Kopien von Offerten
- Kopien von Rechnungen oder Quittungen
- Nachweis für das investierte Eigenkapital (z. B. Anschaffungen von Material, Mobiliar, Werkzeug)
- Werbeunterlagen (z. B. Flyer, Visitenkarten, Internetauftritt)

Weitere Beilage:

3 Branche

- Zutreffendes ankreuzen
- Mein Unternehmen gehört der Industrie-, Bau-, Forst- oder Transportbranche an.
- Mein Unternehmen arbeitet mit grossen Maschinen und/oder lagert schwere Waren in grossen Mengen.
- Die beiden obigen Aussagen treffen für mein Unternehmen nicht zu.

4 Personalien

Name
Vorname
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum
AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)
Nationalität

Ausländische Personen

Aufenthaltsbewilligung	seit
Nicht-EU/EFTA-Bürgerinnen und -Bürger mit Ausweis B: Bitte Bewilligung des Migrationsamtes beilegen	

5 Geschäftsadresse

Firmenbezeichnung	
Erwerbszweig (Branche)	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon tagsüber	
Datum der Erwerbsaufnahme	
Handelsregistereintrag	
SHAB-Nr.	Datum des Eintrags
Teilhaber/in/Teilhaber seit	

Ausübung der Tätigkeit im
 Hauptberuf Nebenberuf

6 Versandadresse

Zustelladresse für Rechnungen und Korrespondenzen
(bei Drittpersonen bitte Punkt 17 unterschreiben)

Name, Vorname/Firma

Strasse

PLZ, Ort

7 Wohnadresse (zivilrechtlicher Wohnsitz)

Strasse

PLZ, Ort

8 Konto für Rückzahlungen

Auf welches Bank- oder Postkonto können wir ein
allfälliges Guthaben überweisen?

IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx xxxx x)

9 Ehemann bzw. eingetragene Partnerin oder eingetragener Partner

Nur ausfüllen, wenn die antragstellende Person (Punkt 4) eine
verheiratete Frau ist oder in eingetragener Partnerschaft lebt

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Nationalität

Strasse

PLZ, Ort

10 Nähere Angaben zur Selbständigkeit

1 Treten Sie gegenüber Ihrer Kundschaft im eigenen
Namen auf?

ja nein

2 Erstellen Sie Offerten?

ja nein

3 Stellen Sie Rechnungen?

ja nein

4 Tragen Sie allfällige Verluste bei Zahlungsunfähigkeit
Ihrer Kundschaft selber?

ja nein

5 Über welche Infrastruktur verfügen Sie?

- Büro
 Lager
 Werkstatt
 Laden
 Lieferwagen/Lastwagen

Anderes

11 Nähere Umschreibung Ihrer Tätigkeit / Bemerkungen

Bestehen Verträge mit Kunden/Auftraggebern?

ja nein

Vertragspartner

12 Selbständiges Erwerbseinkommen und Eigenkapital

Wie hoch schätzen Sie Ihr selbständiges Erwerbseinkommen (nach Abzug der Unkosten) für die ersten 12 Monate?

Jahreseinkommen CHF

Wie hoch ist das im Geschäft investierte Eigenkapital? (Im Geschäft angelegtes eigenes Vermögen nach Abzug der Schulden)

Eigenkapital CHF

13 Personal / Löhne

Beschäftigen Sie AHV-pflichtiges Personal?

ja nein

- Ehefrau/Ehemann bzw. eingetragene/r Partner/in

beschäftigt seit

AHV-pflichtiger Lohn (Bruttolohn) pro Monat

Familienzulagen pro Monat (Bitte reichen Sie das [Anmeldeformular für Familienzulagen](#) ein)

- Übrige Angestellte

Anzahl beschäftigt seit

Bruttolohnsumme pro Monat

Familienzulagen pro Monat (Bitte reichen Sie das [Anmeldeformular für Familienzulagen](#) ein)

14 Zusatzfragen

- 1 Sind Sie Mitglied eines Berufsverbands und/oder einer Verbandsausgleichskasse?

ja nein

Berufsverband

Verbandsausgleichskasse

Familienausgleichskasse

- 2 Wie haben Sie in den letzten 12 Monaten die AHV-Beiträge bzw. Sozialversicherungsbeiträge bezahlt?

- als Arbeitnehmer/in

Arbeitgeber/in

Adresse

von

bis

- als Selbständigerwerbende/r im In- und Ausland

Geschäftsadresse

Ausgleichskasse

von

bis

- als Nichterwerbstätige/r

Ausgleichskasse

von

bis

15 Teilhaber/in / Teilhaber

Nur ausfüllen, wenn unter Punkt 1 (Rechtsform) angekreuzt:

- Einfache Gesellschaft
- Kollektivgesellschaft
- Kommanditgesellschaft

1. Teilhaber/in, Name und Adresse

2. Teilhaber/in, Name und Adresse

3. Teilhaber/in, Name und Adresse

16 Für TeilhaberIn / Teilhaber

Nur ausfüllen, wenn unter Punkt 1 (Rechtsform) „Teilhaber/in“ angekreuzt ist

Welcherart Teilhaber/in sind Sie?

- unbeschränkt haftende/r Teilhaber/in
 Kommanditär/in
 Erbin/Erbe

Andere

Arbeiten Sie im Betrieb mit?

- ja nein

Wenn ja: als

Wie werden Gewinn und Verlust unter den Gesellschafterinnen und Gesellschaftern verteilt?

in Prozent

17 Vollmacht

- Wenn Sie z. B. Ihrem Treuhänder eine Vollmacht erteilen möchten, unterschreiben Sie bitte diese Erklärung.

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die unter Punkt 6 angegebene Drittperson, meine Interessen in Bezug auf die AHV/IV/EO-Beiträge sowie Familienzulagen, EO- und Mutterschaftsentschädigungen wahrzunehmen. Diese Vollmacht umfasst auch die Ergreifung von Rechtsmitteln.

Somit sind die SVA Zürich und die SUVA von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht befreit und ermächtigt, der bevollmächtigten Drittperson Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren sowie ihr Mitteilungen, Verfügungen und Rechnungen zuzustellen.

Ort und Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin,
des Vollmachtgebers

18 Bestätigung der Antragstellerin, des Antragstellers

Bitte kontrollieren Sie, ob alle verlangten Abschnitte ausgefüllt sind.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt die Antragstellerin, der Antragsteller

Ort und Datum

Unterschrift der Antragstellerin, des Antragstellers

Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular inkl. Beilagen an folgende Adresse:

SVA Zürich
Ausgleichskasse
Postfach
8087 Zürich