

Fragebogen 6**Anmeldung zum vereinfachten Abrechnungs-
Verfahren für Sozialversicherungsbeiträge
und Steuern****Voraussetzungen für die Unterstellung unter das vereinfachte Abrechnungsverfahren**

Für die Abrechnung im vereinfachten Abrechnungsverfahren müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Der Jahreslohn pro Arbeitnehmer/in darf den Grenzbetrag für den Eintritt in die obligatorische berufliche Vorsorge nicht übersteigen. Seit 01.01.2021 beträgt dieser Wert Fr. 21'510.--.
 - Die gesamte jährliche Lohnsumme des Betriebes darf den doppelten Betrag der maximalen jährlichen Altersrente der AHV nicht übersteigen. Seit 01.01.2021 beträgt dieser Wert Fr. 57'360.--.
 - 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 _____

Firmenname oder Name/Vorname _____

Erwerbszweig (Branche) _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon-Nr. _____

Arbeitgeber-Versicherten-Nr. _____ Geburtsdatum: _____

An wen sind die Rechnung, Verfügungen etc. zuzustellen (nur wenn von obiger Adresse abweichend – bitte Vollmacht beilegen)?

Sind Sie einem Berufsverband angeschlossen? ja nein

Wenn ja, bei welchem? _____

Seit wann? _____

Sind Sie einer AHV-Ausgleichskasse angeschlossen? ja nein

Wenn ja, bei welcher? _____

Seit wann? _____

Bitte wenden

Sie sind verpflichtet Ihre Angestellten gegen Betriebsunfall zu versichern. Eine solche Versicherung bieten die meisten Privatversicherer an. Bei welcher Versicherungsgesellschaft haben sie die Betriebsunfallversicherung abgeschlossen?

(Name/Adresse) _____

Wohin können wir Ihnen allfällige Guthaben überweisen?

IBAN Rückzahlungskonto

C	H		
---	---	--	--

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

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

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

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

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

--

Angaben zu Angestellte

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____ Versicherten-Nr. _____

Bemerkungen: _____

Dieser Fragebogen wurde wahrheitsgetreu ausgefüllt

Ort und Datum _____

Unterschrift _____