

Anmeldung für Arbeitnehmende mit Arbeitgeber/in im Ausland (Selbstzahlende Arbeitnehmer/innen)

1 Antrag

Die Erfassung wird beantragt ab (Monat/Jahr)

2 Personalien

Name

Vorname

Erwerbszweig (Branche)

Erwerbsaufnahme (Tag/Monat/Jahr)

Privatadresse

PLZ, Ort

Zivilstand:

ledig

getrennt

seit

verheiratet

seit

geschieden

seit

verwitwet

seit

eingetragene Partnerschaft

seit

Geburtsdatum

AHV-Nummer

Nationalität

Krankenkasse Grundversicherung

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Mobile

E-Mail

3 Zahlungsverbindung (für allfällige Rückzahlungen)

Kontoinhaber/in

IBAN Bank- oder Postkonto

4 Zustelladresse für Postsendungen

Wem sind Rechnungen, Verfügungen und Korrespondenz zuzustellen (bitte nur eine Adresse auswählen)?

- Privatadresse
 Vertretung ► **Vollmacht beilegen**

Name, Vorname oder Firma

Adresse

PLZ, Ort

5 Erfüllen der Beitragspflicht bisher

- Ich habe zuletzt AHV-Beiträge bezahlt bis (Tag/Monat/Jahr)

als

Arbeitnehmer/in bei Arbeitgeber/in

Selbständigerwerbende/r bei der Ausgleichskasse

Nichterwerbstätige/r bei der Ausgleichskasse

Arbeitslose/r bei der Arbeitslosenkasse

- Ich bezahle weiterhin AHV-Beiträge als

6 Erwerbsstaaten

Ich arbeite

- ausschliesslich in der Schweiz
 überwiegend in der Schweiz und zusätzlich in folgenden Staaten
 zum geringeren Teil in der Schweiz und mehrheitlich in folgenden Staaten
 nicht in der Schweiz, sondern in folgenden Staaten

7 Beschäftigung von Personal

Ich beschäftige Mitarbeiter/innen

Ja

Nein

Wenn Ja,

Bruttolohnsumme

pro Monat

CHF

ab (Monat/Jahr)

8 Angaben zu Arbeitgeber/in im Ausland

Name (Kopie Arbeitsvertrag beilegen)

Adresse

PLZ, Ort

Sitzstaat Arbeitgeber/in

Arbeitspensum in Prozent

Mein/e Arbeitgeber/in hat mich bei einer Vorsorgeeinrichtung gemäss BVG angeschlossen

Ja

Name und Sitz der Versicherung

Nein

Bitte geben Sie den Grund an

► **Bitte legen Sie eine Kopie der Police oder des Anschlussvertrages bei**

Mein/e Arbeitgeber/in hat für mich eine Unfallversicherung nach UVG abgeschlossen

Ja

Name und Sitz der Versicherung

Nein

Bitte geben Sie den Grund an

9 Einkommen

Diese Angaben dienen zur Festsetzung der provisorischen AHV/IV/EO-Beiträge. Allfällige Abweichungen zu dieser Schätzung können uns jederzeit mitgeteilt werden. Die Korrektur nach Eintreffen der Steuermeldung/Einkommensanfrage bleibt vorbehalten.

Monatliche Bruttolohnsumme

CHF

10 Weitere Arbeitgebende

Sind Sie für weitere Arbeitgebende tätig?

Ja

Nein

Wenn Ja, für welche?

Name (Kopie Arbeitsvertrag beilegen)

Adresse

PLZ, Ort

Sitzstaat Arbeitgeber/in

Arbeitspensum in Prozent

Vorsorgeeinrichtung Arbeitgeber/in

Unfallversicherung Arbeitgeber/in

Name (Kopie Arbeitsvertrag beilegen)

Adresse

PLZ, Ort

Sitzstaat Arbeitgeber/in

Arbeitspensum in Prozent

Vorsorgeeinrichtung Arbeitgeber/in

Unfallversicherung Arbeitgeber/in

11 Nähere Umschreibung Ihrer Tätigkeit/Bemerkungen

12 Bestätigung

Ich habe diese Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Datum

Unterschrift

**Vereinbarung nach Artikel 21 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/09
oder nach Art. 18 Abs. 2 des bilateralen Abkommens zwischen der Schweiz und dem
Vereinigten Königreich
zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber**

Der Arbeitnehmer unterliegt den schweizerischen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit¹. Der Arbeitgeber verfügt in der Schweiz über keine Niederlassung.

Der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer vereinbaren hiermit, dass die Pflichten des Arbeitgebers zur Zahlung der Beiträge der sozialen Sicherheit und zur Erstattung der gesetzlich vorgeschriebenen Meldungen vom Arbeitnehmer wahrgenommen werden.

Der Arbeitgeber überweist dem Arbeitnehmer den gemäss Schweizer Recht geschuldeten Arbeitgeberbeitrag zusätzlich zum Lohn. Die synoptische Tabelle gibt Auskunft über die in der Schweiz anwendbaren Beitragssätze: www.bsv.admin.ch <Praxis < Beiträge an die AHV, die IV, die EO und die ALV (<http://www.bsv.admin.ch/praxis/02504/index.html?lang=de>).

Der Arbeitgeber bleibt gegenüber den Trägern der sozialen Sicherheit für die Zahlung der Beiträge haftbar.

1 Arbeitnehmer

Name
Vorname(n)
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Adresse
.....
AHV-Nr.	Telefon

2 Arbeitgeber

Name des Arbeitgebers oder des Unternehmens	
.....	
Adresse	
.....	
Telefon	Fax	E-Mail

Der Arbeitnehmer hat diese Vereinbarung folgenden Versicherungsträgern vorzulegen:

- Der zuständigen AHV-Ausgleichskasse (1. Säule der gesetzlichen Rentenversicherung)**
Hat der Arbeitnehmer mehrere Arbeitgeber und hat einer dieser Arbeitgeber eine Niederlassung in der Schweiz, so nimmt dessen Ausgleichskasse das Formular entgegen.
- Für Betriebe nach Artikel 66 UVG der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva), für die übrigen Betriebe einem Unfallversicherer nach Artikel 68 UVG**
Hat der Arbeitnehmer mehrere Arbeitgeber und hat einer dieser Arbeitgeber eine Niederlassung in der Schweiz, so ist dessen Unfallversicherer zuständig. Bei unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen kann es jedoch vorkommen, dass für einen Arbeitnehmer sowohl bei der Suva als auch bei einem Unfallversicherer nach Artikel 68 UVG abgerechnet werden muss.

¹ Übersicht über die schweizerische soziale Sicherheit, siehe www.bsv.admin.ch > Themen > Internationales

c) **Der BVG-Vorsorgeeinrichtung des Arbeitgebers (2. Säule der gesetzlichen Rentenversicherung):**

i) Name der registrierten BVG-Vorsorgeeinrichtung:

.....

ii) Falls der Arbeitgeber noch keiner registrierten BVG-Vorsorgeeinrichtung gemäss Buchstabe i) angeschlossen ist, muss er einen Anschlussvertrag mit einer BVG-Vorsorgeeinrichtung abschliessen. Mit der Unterzeichnung der vorliegenden Vereinbarung bevollmächtigt der Arbeitgeber den Arbeitnehmer zum Abschluss eines solchen Anschlussvertrages. Der Arbeitgeber und die Vorsorgeeinrichtung nehmen dabei zur Kenntnis, dass mit dem Abschluss des Anschlussvertrages alle Arbeitnehmer des Arbeitgebers, die der schweizerischen beruflichen Vorsorge unterstehen, in dieser Vorsorgeeinrichtung zu versichern sind.

d) **Der Familienausgleichskasse des Wohnkantons, wenn der Arbeitnehmer in der Schweiz wohnt, andernfalls der kantonalen Familienausgleichskasse am Ort der Haupttätigkeit**
Hat der Arbeitnehmer mehrere Arbeitgeber und hat einer dieser Arbeitgeber eine Niederlassung in der Schweiz, so nimmt dessen Familienausgleichskasse das Formular entgegen.

Die Bezahlung der Beiträge an die obligatorische Krankenversicherung ist Sache des Arbeitnehmers.

.....
Datum, Unterschrift des Arbeitnehmers

.....
Datum, Unterschrift des Arbeitgebers