

## Anmeldung zum vereinfachten Abrechnungsverfahren für Sozialversicherungsbeiträge und Steuern

Für die Abrechnung im vereinfachten Abrechnungsverfahren müssen Sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Der Jahreslohn pro Arbeitnehmenden darf den Grenzbetrag für den Eintritt in die obligatorische berufliche Vorsorge nicht übersteigen. Im Jahre 2023 beträgt dieser Wert Fr. 22'050.--.
- Die gesamte jährliche Lohnsumme des Betriebes darf den doppelten Betrag der maximalen jährlichen Altersrente der AHV nicht übersteigen. Im Jahre 2023 beträgt dieser Wert Fr. 58'800.--.
- Die Löhne des gesamten beitragspflichtigen Personals müssen im vereinfachten Verfahren abgerechnet werden.
- Die Abrechnungs- und Zahlungsverpflichtungen müssen ordnungsgemäss eingehalten werden.

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

### Das vereinfachte Verfahren ist nicht möglich:

- Für Kapitalgesellschaften, Genossenschaften sowie Ehegatten und Kinder, die im eigenen Betrieb mitarbeiten. Für diese ist - unabhängig von der Lohnsumme - nur noch das ordentliche Verfahren anwendbar.

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

### Fragen zum Arbeitgeber

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

Firmenname \_\_\_\_\_

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

UID-Nummer \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

### Zustelladresse für Postsendungen (falls von obiger Adresse abweichend – Vollmacht beilegen)

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

Adresse \_\_\_\_\_

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

### Zahlungsverbindung

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

### oder

IBAN-Nr. (International **B**ank **A**ccount **N**umber – erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Bank)

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

### Verbands- und Ausgleichskassenmitgliedschaft

Wir sind einem Berufsverband angeschlossen  ja  nein

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

Wir sind einer Ausgleichskasse angeschlossen  ja  nein

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

**Name und Versichertennummer Ihrer Arbeitnehmer/in**

**Datum Stellenantritt**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Unfallversicherung (UVG)**

Bei welchem Versicherer haben Sie Ihre Arbeitnehmenden gegen Unfall versichert? Falls Sie noch keinen Unfallversicherer haben, bei welchem Versicherer möchten Sie Ihre Arbeitnehmenden gegen Unfall versichern? Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft?

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

E-Mailadresse \_\_\_\_\_

Beilagen  
\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**