

Sektion (leer lassen) \_\_\_\_\_

Mitglied-Nr. (leer lassen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mitgl.-Nr. Verband // Mitgl.-Nr. AHV-Kasse**BEITRITTSERKLÄRUNG für Einzelfirmen**

und

**Erfassungsbogen zwecks Abklärung der Abrechnungs- und Beitragspflicht in der AHV/IV/EO/ALV/PK****Name, Vorname des Geschäftsinhabers:** \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

AHV-Nummer des Geschäftsinhabers: \_\_\_\_\_

Name, Vorname und AHV-Nummer des/der \_\_\_\_\_

Ehegatten/in: \_\_\_\_\_

**Geschäftsadresse:****Name des Geschäfts** (Firmenbezeichnung) \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Privatadresse:**

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

**Drittadresse:** \_\_\_\_\_

z.B. Treuhand \_\_\_\_\_

**Art des Geschäfts**

Damensalon

Herrensalon

gemischt

**Anzahl Bedienungsplätze** \_\_\_\_\_**Mwst-Nr. oder UID-Nr.** \_\_\_\_\_**Haben Sie das Geschäft neu eröffnet?**

ja

nein

**→ Datum der Geschäftseröffnung:** \_\_\_\_\_**Haben Sie ein bestehendes Geschäfts übernommen?**

ja

nein

**→ Wenn ja, von wem?** \_\_\_\_\_**Der Beitrittserklärung muss eine Kopie des Mietvertrages beigelegt werden!**

**Beschäftigen Sie Arbeitnehmer/innen?** ja nein

Wenn ja, wie viele? Anzahl Anzahl

Mitarbeitende Ehefrau/Ehemann	Anzahl	Gelernte Coiffeusen/Coiffeure (Vollzeit)	Anzahl
Lernende		Teilzeitbeschäftigte	
Andere (Praktikanten, Réceptionisten, usw.)		<b>Total (ohne Betriebsinhaber)</b>	

(Kopien der AHV-Versicherungsausweise beilegen bzw. Arbeitnehmer/innen anmelden!)

**Betreiben Sie neben dem Hauptgeschäft Filialen?** ja nein

Wenn ja, Anzahl und Adresse/n der Filiale(n) \_\_\_\_\_

Adresse	Datum Übernahme	Anz. Arbeitnehmer	Geschätzte Jahreslohnsumme

**Bei Beschäftigung von Arbeitnehmer/innen ausserhalb des Hauptsitzes ergänzen Sie bitte hier die voraussichtliche Lohnsumme (brutto) pro Jahr und Filiale.**

**Ist Ihre Firma im Handelsregister eingetragen?** ja nein

→ Wenn ja, bitte HR-Auszug beilegen (obligatorisch).

**Erklärung:**

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt ist und verpflichtet sich, nach definitiver Aufnahme bei **coiffureSUISSE**, allen Vorschriften und Beschlüssen des Zentralverbandes und der Sektion nachzuleben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel und Unterschrift

**Durch die Sektion auszufüllen:**

Stempel der Sektion

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
2 Unterschriften

**Beilagen: gültiger Mietvertrag, Kopien aller AHV-Versicherungsausweise, ev. PK Anschlussvereinbarung, Handelsregisterauszug**

## AHV-relevante Fragen:

<b>Zustelladresse für Korrespondenz:</b>	Geschäftsadresse	Privatadresse	Drittadresse
<b>Wer ist in Ihrem Betrieb zuständig für die Belange der AHV:</b>	_____		
<b>Sprache der Korrespondenz:</b>	Deutsch	Französisch	Italienisch

Wie hoch schätzen Sie die auszahlende Lohnsumme (brutto) der Arbeitnehmer pro Jahr:

Fr. \_\_\_\_\_

Wie hoch schätzen Sie die Bruttoeinnahmen (Umsatz) in Fr. durchschnittlich pro Monat?

Fr. \_\_\_\_\_

Wie hoch schätzen Sie Ihr voraussichtliches Einkommen im ersten Geschäftsjahr?

Fr. \_\_\_\_\_

**Wünschen Sie die AHV-Beiträge monatlich oder quartalsweise einzuzahlen?**

(Bei Lohnsummen über Fr. 200'000.-- pro Jahr werden die Beiträge von Gesetzes wegen monatlich in Rechnung gestellt).

monatlich                      quartalsweise

**Haben Sie diesen Betrieb bereits bei einer anderen AHV-Ausgleichskasse angemeldet?**

ja                                      nein

➔ Wenn ja, Name der AHV-Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

Der Beitritt zu **coiffureSUISSE** hat automatisch den Anschluss an die Verbandsausgleichskasse Coiffure & Esthétique zur Folge. Ein Kassenwechsel wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt in die Wege geleitet.

**Bei welcher Kasse haben Sie zuletzt AHV/IV/EO/ALV-Beiträge abgerechnet?**

Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

als Selbständigerwerbende/r

als Arbeitnehmer/in

als Nichterwerbstätige/r

<b>Zahlungsverbindung:</b>	
<b>Bankkonto</b>	
Name der Bank	_____
PLZ, Ort	_____
Konto-Nr.	_____ Kto-Inhaber _____
Clearing-Nr.	_____ IBAN-Nr. _____
<b>Postkonto</b>	
Postkonto-Nr.	_____ Kto-Inhaber _____
<b>Lastschriftenverfahren:</b> (nur für AHV-Beitrags-Inkasso)	ja                                      nein

**Familienausgleichskasse (FAK)**

Bei welcher Familienausgleichskasse haben Sie zuletzt FAK-Beiträge abgerechnet? \_\_\_\_\_

→ Anzahl Arbeitnehmer/innen mit Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen: \_\_\_\_\_

**Berufliche Vorsorge (BV)**

**Wünschen Sie für sich und/oder Ihre Angestellten einen Anschluss bei der verbandseigenen Pensionskasse Coiffure & Esthétique ?**

Ja, ich bitte um eine unverbindliche Offerte

Nein, die Mitarbeiter/innen sind bereits BV-versichert

Name der Pensionskasse: \_\_\_\_\_

Police-Nr. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Die Anschlussvereinbarung ist obligatorisch beizulegen!**

**Obligatorische Unfallversicherung (UVG):**

Name der Unfallversicherung: \_\_\_\_\_

Police-Nr.: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---