

Informationen:  
041 819 04 25  
info@aksz.ch  
www.aksz.ch



# Anmeldung für Selbständigerwerbende Verbandskassenmitglieder ohne Familienausgleichskasse

Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

## 1 Erwerbstätigkeit

- Selbständigerwerbende/r
- Kommanditär/in
- Komplementär/in
- Kollektivgesellschafter/in
- Erbe / Erbin
- einfache/r Gesellschafter/in

Betrieb: \_\_\_\_\_ Abrechnungs-Nr. \_\_\_\_\_ (sofern vorhanden)

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

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

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

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

## 2 Personalien

Frau       Herr

Familienname \_\_\_\_\_ Zivilstand

Vorname \_\_\_\_\_  ledig

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_  verheiratet seit \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_  eingetr. Partnerschaft seit \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_  verwitwet seit \_\_\_\_\_

AHV-Nummer    getrennt seit \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  geschieden seit \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ In der Gemeinde wohnhaft seit \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Bei Ausländern: Einreisedatum \_\_\_\_\_

Aufenthaltsbewilligung     B    C    Ci    G    L     F    N    S

## 3 Personalien Ehepartner/in oder eingetragene/r Partner/in

Frau       Herr

Familienname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ AHV-Nummer

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_ Bei Ausländern: \_\_\_\_\_

Aufenthaltsbewilligung     B    C    Ci    G    L    Einreisedatum  F    N

S

## 4 Zustelladresse (falls abweichend von Punkt 2)

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Strasse / Nr. \_\_\_\_\_  
Postfach \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### Hinweis:

Die aufgeführte Person oder Firma wird bevollmächtigt, den oder die Antragssteller/in gegenüber der Ausgleichskasse Schwyz rechtsverbindlich zu vertreten. Sämtliche Korrespondenz und Rückfragen werden an die aufgeführte Person oder Firma gerichtet. Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

## 5 Wie wünschen Sie die Auszahlung allfälliger Guthaben an Beiträgen?

Postcheckkonto \_\_\_\_\_  
IBAN-Nr. CH 

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

  
Bankadresse \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber \_\_\_\_\_

## 6 Angaben zur AHV/IV/EO/FAK-Beitragspflicht

Bei welcher Ausgleichskasse entrichten Sie Ihre AHV/IV/EO-/Beiträge? \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits einer anderen Familienausgleichskasse angeschlossen, wo Sie Beiträge als Selbständigerwerbender entrichten? Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7 Angaben über das Erwerbseinkommen als Selbständigerwerbender

Die Ausgleichskasse setzt aufgrund Ihrer Angaben die Akontobeiträge fest. Bitte legen Sie uns eine Kopie Ihrer aktuellen Beitragsverfügung bei, damit wir Ihnen die entsprechenden Akonto-Beiträge der Familienausgleichskasse in Rechnung stellen können. Oder teilen Sie uns Ihr Erwerbseinkommen als Selbständigerwerbender mit:

Wie hoch schätzen Sie Ihr beitragspflichtiges Erwerbseinkommen des laufenden Jahres? Fr. \_\_\_\_\_

Sollte sich die Höhe des Reingewinnes wesentlich verändern, empfehlen wir Ihnen, uns jeweils eine Kopie der angepassten Verfügungen zukommen zu lassen.

## 8 Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9 Unterschrift

Ich bestätige, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilhaber/in