

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



# Anmeldung für Arbeitnehmer ohne beitragspflichtigen Arbeitgeber (ANobAG)

Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

## 1 Personalien Antragsteller/in

Frau       Herr  
 Familienname \_\_\_\_\_ Zivilstand \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  ledig  
 Strasse / Nr. \_\_\_\_\_  verheiratet seit \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_  eingetr. Partnerschaft seit \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  verwitwet seit \_\_\_\_\_  
 AHV-Nr. 

7	5	6																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 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

## 2 Wie wünschen Sie die Auszahlung allfälliger Guthaben an Beiträgen

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

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

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

## 3 Geschäftsadresse (falls abweichend von Punkt 1)

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

## 4 Zustelladresse (falls abweichend von Punkt 1 oder 4)

Name / Firma \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse / Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Postfach \_\_\_\_\_ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort \_\_\_\_\_ 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 Angaben zur Erwerbstätigkeit

Art der Tätigkeit (Erwerbszweig / Branche) \_\_\_\_\_

Eintrag ins Handelsregister  nein  ja, Datum des Eintrages \_\_\_\_\_

Name des/der ausländischen Arbeitgeber/s \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Beginn des Arbeitsverhältnisses \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie des Arbeitsvertrages beilegen)

Wie haben Sie zuletzt Ihre AHV/IV/EO-Beiträge entrichtet? bis \_\_\_\_\_

als Arbeitnehmer/in Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

als Selbständigerwerbende/r Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

als Nichterwerbstätige/r Ausgleichskasse: \_\_\_\_\_

als Arbeitslose/r Arbeitslosenkasse: \_\_\_\_\_

## 6 Angaben über das Einkommen

Wie hoch schätzen Sie Ihr Einkommen in den ersten 12 Monaten? Fr. \_\_\_\_\_

Wie hoch sind die Spesen, welche Sie davon abziehen können? Fr. \_\_\_\_\_

(Bitte Aufstellung der Spesen beilegen)

## 7 Angaben über weitere Arbeitnehmende

Beschäftigen Sie Personal?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Wie wird das Personal entlohnt?  durch den ausländischen Arbeitgeber (keine weiteren Angaben notwendig)

durch Sie selbst

Monatliche Gesamtbruttolohnsumme Fr. \_\_\_\_\_

Monatliche Familienzulagen Fr. \_\_\_\_\_

**Wichtig:** Neue Mitarbeitende müssen Sie nur dann innert 30 Tagen anmelden, wenn sie noch keine Versichertennummer haben (Formular "Anmeldung für einen Versicherten ausweis"). Ansonsten genügt die Meldung auf der Lohnbescheinigung Ende Jahr. Allfällige Familienzulagen melden Sie bitte sofort an (Formular "Anmeldung für Familienzulagen").

## 8 Bemerkungen

---

---

---

---

## 9 Unterschrift

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in