

FRAGEBOGEN

- Anmeldung für den Anschluss als Arbeitgeber/Selbstständigerwerbender**
 Änderungsmeldung
 Abmeldung

Mitglied Nr.:
(von der Kasse auszufüllen)

Für Rückfragen bitte angeben:

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

Für allfällige Rückzahlungen bitte angeben:

Bankkonto/PC Bank: _____ IBAN: _____

Adresse der Bank: _____

I RECHTSFORM *(zutreffendes ankreuzen)*

FREI LASSEN

- | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Einfache Gesellschaft | <input type="radio"/> Einzelfirma | <input type="radio"/> Konsortium | <input type="radio"/> Erbengemeinschaft |
| <input type="radio"/> Kollektivgesellschaft | <input type="radio"/> AG | <input type="radio"/> GmbH | <input type="radio"/> Genossenschaft |
| <input type="radio"/> Kommanditgesellschaft | <input type="radio"/> Verein | <input type="radio"/> Stiftung | <input type="radio"/> _____ |

II NATÜRLICHE PERSONEN *(Personalien)*

1. Name : _____
2. Vorname : _____
3. Sohn/Tochter des : _____
4. Geburtsdatum : _____
5. AHV-Nummer : _____
6. Heimatstaat : _____
7. Zivilstand : _____ seit wann : _____
8. Wohngemeinde : _____ *(Papiere hinterlegt)* seit : _____
9. Vorname des Ehepartners : _____
10. Geburtsdatum des Ehepartners : _____
11. Tätigkeit des Ehepartners : _____
12. Mädchenname der Ehefrau : _____

III PERSONEN- UND KAPITALGESELLSCHAFTEN

13. Firmabezeichnung der Gesellschaft : _____

14. Rechtsform : _____

15. Wohnort/Sitz der Gesellschaft : _____

16. Name, Vorname und Wohnort der Gesellschafter : _____ Anteil am Einkommen

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

17. Datum der Eintragung in das Handelsregister : _____

(für Zustellungen an Drittpersonen ist eine Vollmacht einzureichen)

(falls nicht im Handelsregister eingetragen, bitte eine Kopie der Statuten beilegen)

IV NATÜRLICHE PERSONEN UND GESELLSCHAFTEN

18. Aktuelle Adresse : _____
19. Frühere Adresse : _____
20. Name & Adresse des gesetzlichen Vertreters : _____
21. Name und Standort des Betriebes : _____
22. Name des Berufsverbandes : _____

V SELBSTSTÄNDIGE ERWERBSTÄTIGKEIT (siehe auch Seite 3)

23. Art der Tätigkeit 1) : _____
Art der Tätigkeit 2) : _____
24. Seit wann : _____ bis wann : _____
25. Geschätztes Einkommen (1) : Fr. _____ (Einkommen des 1. Kalenderjahres,
nicht auf ein ganzes Jahr umgerechnet)
Geschätztes Einkommen (2) : Fr. _____
26. Investiertes Eigenkapital : Fr. _____ (Aktiven minus Passiven)
27. Rebfläche : _____ m² Viehbestand/Art (Anzahl) : _____
28. Andere Kulturen/Art : _____ Fläche : _____ m²
(Wenn landwirtschaftliche Güter gepachtet sind, bitte Kopie des Pachtvertrages beilegen)

VI ARBEITNEHMERTÄTIGKEIT

29. Art der Tätigkeit : _____
30. Seit wann : _____ bis wann : _____
31. Jahreslohn : Fr. _____
32. Adresse des Arbeitgebers : _____

VII ZEITAUFWAND PRO TÄTIGKEIT

33. Zeitaufwand nach Dauer oder in % :
- Nichtlandwirtschaftliche selbstständige Tätigkeit : _____ Monate oder _____ %
- Landwirtschaftliche selbstständige Tätigkeit : _____ Monate oder _____ %
- Arbeitnehmertätigkeit : _____ Monate oder _____ %
- Ohne Erwerbstätigkeit : _____ Monate oder _____ %

VIII EINGETRETENE ÄNDERUNG IHRER SITUATION

34. Art und Datum der Änderung : _____
35. Grund und Datum der Streichung : _____
36. Name und Adresse des Vorgängers : _____
37. Name und Adresse des Nachfolgers : _____

IX AUFNAHME EINER SELBSTSTÄNDIGEN TÄTIGKEIT

(siehe Seite 2 - Kapitel V)

| | ANTWORT | JA | NEIN |
|---|---------|-----------------------|-----------------------|
| 38. Besitzen Sie eigene Geschäftslokale oder mieten Sie solche, ausgerüstet mit branchenüblichen Arbeitseinrichtungen? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. Haben Sie zum Ausüben Ihrer Tätigkeit wesentliche Investitionen vorgenommen? Wenn JA, bitte die wichtigsten aufführen: _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Tragen Sie allfällige Geschäftsverluste selber? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. Tragen Sie das Inkassorisiko selber? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. Verfügen Sie über eine eigene Verkaufsorganisation? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. Suchen Sie sich Ihre Kundschaft durch Werbung und Offerten selber? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. Führen Sie regelmässig Aufträge aus, welche Ihnen von Dritten übertragen werden? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45. Führen Sie die Geschäfte in Ihrem persönlichen Namen durch? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. Füllen Sie die Geschäftsentscheide selber? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. Sind Sie im Handelsregister eingetragen? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. Haben Sie eine Betriebshaftpflichtversicherung abgeschlossen? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49. Tragen Sie die Geschäftssnebenkosten selber? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50. Beschäftigen Sie Hilfskräfte? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51. Arbeiten Sie hauptsächlich im Auftrag einer bestimmten Firma? Wenn Ja a) Adresse dieser Firma angeben : _____ | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) besteht ein Vertrag oder eine Abmachung? (wenn ja, Kopie beilegen) | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) sind Sie in der Arbeitsorganisation dieser Firma integriert? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) haben Sie sich bei wichtigen Entscheidungen den Richtlinien dieser Firma zu unterziehen? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) erhalten Sie von Ihrem Auftraggeber ausführliche Anordnungen? | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) wie werden Sie entschädigt? O pro Stunde O pro Monat O pauschal O Kommissionen | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

X VON VERSICHERUNGSAGENTEN UND REISEVERTRETERN AUSZUFÜLLEN

(zutreffendes ankreuzen)

| | | |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 52. Benützen Sie eigene oder gemietete Geschäftsräume? (Büros, Lager-, Ausstellungsräume usw...Wohnräume des Reisevertreters oder die Autogarage gelten nicht als Geschäftslokale). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 53. Beschäftigen Sie Personal? (Büroangestellte, Untervertreter usw...Ausgenommen die mitarbeitende Ehefrau und andere Familienglieder ohne Barlohn sowie Hausangestellte). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 54. Tragen Sie den grössten Teil der allgemeinen Unkosten selber? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

XI FamZG – BUNDESGESETZ ÜBER DIE FAMILIENZULAGEN (Selbstständige Tätigkeit)

55. Welcher Familianausgleichskasse wollen Sie sich als Selbstständigerwerbender anschliessen'?
- Der Kantonalen Familienzulagenkasse des Wallis CIVAF, geführt durch die Ausgleichskasse des Kantons Wallis ja
 - einer anderen Familienzulagenkasse, welcher Ihre Branche angehört
- Liste : http://www.avs.vs.ch/siteAVS/Allemand/allocations_serv_cant.jsp

Name der Kasse: _____
(unter Vorbehalt der Zustimmung des Kantonalen Amtes für Familienzulagen)

56. BEMERKUNGEN: _____

XII ARBEITGEBER (natürliche Personen und Gesellschaften)

57. Beschäftigte Personen:

| | Mitarbeitende (inkl. Lehrlinge) | | | Familienmitglieder | | |
|---------------------------|---------------------------------|------|-----|--------------------|------|-----|
| | Anzahl | seit | bis | Anzahl | seit | bis |
| a) im landw. Betriebe | | | | | | |
| b) im nichtlandw. Betrieb | | | | | | |
| c) im Haushalt | | | | | | |
| d) gelegentliche Arbeiten | | | | | | |

e) Geschätzte Jahreslohnsumme für alle Mitarbeitenden) Fr. _____

Grundsätzlich müssen die paritätischen Beiträge mit periodischen Akontozahlungen beglichen werden. Sofern die entsprechenden Bedingungen erfüllt sind, kann die Ausgleichskasse dem Arbeitgeber gestatten, den genauen Betrag der für die jeweilige Zeitperiode zu entrichtenden Beiträge zu überweisen.

Bitte gewünschte Zahlungsart ankreuzen:

 Periodische Akontozahlungen genaue Anzahlungen pro Zahlungsperiode**XIII BESCHÄFTIGTE PERSONEN** (auszufüllen, wenn weniger als 4 Personen beschäftigt werden)

| 58. | Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad | Geburtsdatum | AHV-Nummer | von | bis |
|-----|------------------------------------|--------------|------------|-----|-----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

XIV UVG - BUNDESGESETZ ÜBER DIE UNFALLVERSICHERUNG59. Ist Ihr Personal nach UVG versichert : Ja NeinWenn Ja, bei welcher Institution : _____
(SUVA, Privatversicherung usw.)**XV BVG - BUNDESGESETZ ÜBER DIE BERUFLICHE ALTERS-, HINTERLASSENEN- UND INVALIDENVORSORGE**

60. Sind Sie für Ihr Personal einer im Register der beruflichen Vorsorge eingetragenen Vorsorgeeinrichtung angeschlossen? (zutreffendes ankreuzen)

 Ja - Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung und Kopie der Anschlussbestätigung Nein - weil _____**XVI FamZG – BUNDESGESETZ ÜBER DIE FAMILIENZULAGEN(Arbeitgeber)**

61. Welcher Familianausgleichskasse wollen Sie für Ihr Personal angeschlossen werden?"

- Der Kantonalen Familienzulagenkasse des Wallis CIVAF, geführt durch die Ausgleichskasse des Kantons Wallis ja
- einer anderen Familienzulagenkasse, welcher Ihre Branche angehört
Liste : http://www.avs.vs.ch/siteAVS/Allemand/allocations_serv_cant.jsp

Name der Kasse: _____

(unter Vorbehalt der Zustimmung des Kantonalen Amtes für Familienzulagen)

BEILAGEN _____
_____**BESTÄTIGUNG der AHV-Zweigstelle**

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt:

Datum : _____

Datum : _____

Stempel und Unterschrift :

Stempel und Unterschrift :