Ausgleichskasse Berner Arbeitgeber
Caisse de compensation patrons bernois
Cassa di compensazione Berner Arbeitgeber

Ausgleichskasse Transport
Caisse de compensation transport
Cassa di compensazione trasporto

Ausgleichskasse Privatkliniken
Caisse de compensation cliniques privées
Cassa di compensazione cliniche private

Zuständige Kasse (bitte ankreuzen)

☐ Berner Arbeitgeber ☐ Transport ☐ Privatkliniken

E-Mail senden

drucken

löschen

Fragebogen

zur Abklärung der sozialversicherungsrechtlichen Stellung von erwerbstätigen Personen

1. Allgemeine Angaben

Name/Vorname _____

AHV-Nummer _____

Zivilrechtlicher Wohnsitz

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

Geschäftsadresse

Firma _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Postfachadresse _____

Telefon _____ Telefax _____

2. *Sind Sie als Selbständigerwerbender bereits einer AHV-Ausgleichskasse angeschlossen?* ja ☐ nein ☐

Wenn ja, Ausgleichskasse _____

Mitglied-Nr. _____

3. Betriebsverhältnisse

Rechtsform des Betriebes

☐ Einzelfirma
☐ Einfach Gesellschaft
☐ Kollektivgesellschaft
☐ Kommanditgesellschaft
☐ Erbengemeinschaft

Handelsregistereintrag ja ☐ nein ☐

Datum Eintrag _____ SHAB-Nr. _____

Art des Betriebes (Branche) _____

Filial-, Zweigbetriebe ja ☐ nein ☐

Adressen Filialen _____

_____

_____

_____

Betriebsräumlichkeiten mit branchenüblichen Einrichtungen (Werkstatt, Büros, Verkaufsräumlichkeiten, Lager usw.)

Art _____

Adresse _____

Wert _____ Miete pro Jahr _____

Beschäftigung von Personal seit _____ Anzahl _____

davon: fremde Arbeitskräfte _____ mitarbeitende Familienmitglieder _____

Setzen Sie in der Regel gleichzeitig verschiedene Equipen auf mehreren Arbeitsplätzen ein? ja ☐ nein ☐

Einsatz bedeutender eigener oder gemieteter Betriebsmittel (Werkzeuge, Maschinen, Nutzfahrzeuge usw.)

Art _____

Wert _____ Miete pro Jahr _____

Wie lautet der Eintrag im Telefon-, Adressbuch?

_____

Wie lautet die Firmentafel?

_____

Geschäftspapier mit Firmenaufdruck? ja ☐ nein ☐

E-Mail senden

drucken

löschen

4. Auftraggeber

	Name und Adresse	Art der Arbeit	seit	%*
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				
f)				
g)				
h)				

* zeitlicher Umfang in Prozent der gesamten Erwerbstätigkeit

*5. **Art der Entschädigung** (Pauschal-, Stunden-, Monats, Stücklohn, Provision, Honorar)*

Auftraggeber a) _____

Auftraggeber b) _____

Auftraggeber c) _____

Auftraggeber d) _____

Auftraggeber e) _____

Auftraggeber f) _____

Auftraggeber g) _____

Auftraggeber h) _____

E-Mail senden

drucken

löschen

6. *Lohnanspruch während Ausfallzeit*

Haben Sie Anspruch auf: bezahlte Ferien? ja ☐ nein ☐

Lohn bei: Krankheit ja ☐ nein ☐

Unfall ja ☐ nein ☐

Militärdienst ja ☐ nein ☐

7. *Sind Sie an Weisungen gebunden bezüglich Arbeitszeit (z.B. Präsenzpflicht, Arbeitszeitkontrolle usw.), Organisation und Ausführung der Arbeit?* ja ☐ nein ☐

Wenn ja: inwiefern? _____

8. *Unternehmerrisiko*

Worin besteht aus Ihrer Sicht Ihr Unternehmerrisiko?

_____

Beschaffen Sie das verarbeitende Material auf eigene Rechnung? ja ☐ nein ☐

Welches? _____

Betrag pro Jahr _____

(Beispiele [Lieferscheine, Rechnungskopien] beilegen.)

Gehen die Unterhaltskosten für die Betriebsmittel

zu Ihren Lasten? ja ☐ nein ☐

zulasten des Auftraggebers? ja ☐ nein ☐

Worin bestehen die Unterhaltskosten, die Sie zu tragen haben?

_____

Gehen die Unkosten zu Ihren Lasten? ja ☐ nein ☐

zulasten des Auftraggebers? ja ☐ nein ☐

Worin bestehen die Unkosten, die Sie zu tragen haben?

_____

Haben Sie für Werkmängel, Lieferungsmängel oder unsorgfältige Dienstleistung einzustehen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, für welche? Führen Sie konkrete Beispiele an!

_____

E-Mail senden

drucken

löschen

Gehen allfällige Verluste zu Ihren Lasten? ja ☐ nein ☐

Wenn ja: Worin bestehen die Verluste, die Sie zu tragen haben und Welchen Umfang können sie allenfalls annehmen?

Haben Sie mit Ihrem/n Auftraggeber/n eine Probezeit vereinbart? ja ☐ nein ☐

Tragen Sie ein allfälliges Inkassorisiko? ja ☐ nein ☐

Wenn ja: Worin besteht das Inkassorisiko und welchen Umfang kann es allenfalls annehmen?

Besteht ein Konkurrenzverbot? ja ☐ nein ☐

Arbeiten Sie in einem Raum/Räumen (Büro, Werkstätte, usw.) Ihres Auftraggebers? ja ☐ nein ☐

Sind Sie verpflichtet, die übernommenen Arbeiten persönlich auszuführen? ja ☐ nein ☐

Handeln Sie in eigenem Namen und auf eigene Rechnung? ja ☐ nein ☐

(Wenn ja, bitte Rechnungskopien beilegen.)

Bestehen schriftliche Vereinbarungen zwischen Ihnen und Ihren Auftraggebern? ja ☐ nein ☐

Welcher Art sind diese Vereinbarungen? _____

(Bitte Kopien aller vorhandenen Vereinbarungen beilegen.)

Bewerben Sie sich regelmässig um Aufträge (z.B. mit Inseraten und Prospekten usw.)? ja ☐ nein ☐

(Wenn ja, bitte Kopien beilegen.)

Erstellen Sie selbst Offerten? ja ☐ nein ☐

(Wenn ja, bitte Kopien beilegen.)

Sind Sie im Besitz einer Berufsausübebewilligung bzw. im entsprechenden amtlichen Register verzeichnet? ja ☐ nein ☐

(Wenn ja, bitte Kopie der Bewilligung bzw. Registerauszug beilegen.)

Haben Sie im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit Versicherungen abgeschlossen? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, Art der Versicherung(en)? _____

Versicherungsgesellschaft(en) und Abschlussdatum?

Begünstigte ☐ Sie selbst

☐ Ihre Arbeitnehmer

(Bitte Vertragskopien beilegen.)

E-Mail senden

drucken

löschen

9. ***Gehen Sie einer weiteren Erwerbstätigkeit nach?*** ja ☐ nein ☐

Wenn ja, wo? (Name und Adresse des Arbeitgebers)

_____

10. ***Wurde Ihre sozialversicherungsrechtliche Stellung bereits abgeklärt?*** ja ☐ nein ☐

Wenn ja, von wem? _____

(Bitte Bescheid beilegen.)

Die Richtigkeit aller Angaben bestätigt

Ort/Datum Unterschrift

_____

Bemerkungen

_____

E-Mail senden

drucken

löschen