

# Anmeldung vereinfachtes Abrechnungsverfahren (mit Steuerabzug)

Ausgleichskasse Uri  
Dätwylerstrasse 11, 6460 Altdorf

Telefon 041 874 50 10  
www.svsuri.ch

Wir verwenden in diesem Formular der Einfachheit halber nur die männliche Form.

Im vereinfachten Abrechnungsverfahren werden sowohl die Sozialversicherungsbeiträge für AHV/IV/EO/ALV und FAK, wie auch die Quellensteuer in der Höhe von 5 % erhoben. Damit Arbeitgeber vom vereinfachten Abrechnungsverfahren Gebrauch machen können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Jahreslohn pro Arbeitnehmer darf den Grenzbetrag für den Eintritt in die obligatorische berufliche Vorsorge nicht übersteigen (21 330 Franken; Stand 2020).
- Die gesamte jährliche Lohnsumme des Betriebes darf den doppelten Betrag der maximalen jährlichen Altersrente der AHV nicht übersteigen (56 880 Franken; Stand 2020).
- Der Arbeitgeber muss die Löhne des gesamten Personals im vereinfachten Verfahren abrechnen.
- Die Jahresabrechnung muss fristgerecht eingereicht und die Beiträge müssen pünktlich bezahlt werden.

Weitere Informationen zum vereinfachten Abrechnungsverfahren finden Sie im [Merkblatt 2.07](#).

## 1. Arbeitgeber

Name oder Firma

Vorname

Erwerbszweig/Branche

Geburtsdatum

Versichertennummer

## 2. Adressen

### Wohnsitz-/ Geschäftsadresse

Strasse/Nummer

Postleitzahl/Ort

Telefon

### Adresse gesetzliche oder vertragliche Vertretung

Nur ausfüllen, sofern unsere Korrespondenz an eine gesetzliche (z. B. Beistand) oder vertragliche Vertretung (z. B. Vertrauensperson oder Treuhandgesellschaft) zu richten ist. Die Ausgleichskasse Uri betrachtet sich ohne Gegenbericht als ermächtigt, der gesetzlichen oder vertraglichen Vertretung Auskünfte zur Korrespondenz (Verfügungen, Rechnungen, Mitteilungen usw.) zu erteilen.

Name oder Firma

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nummer

Postleitzahl/Ort

Telefon

### 3. Kontoverbindung

Diese Angaben benötigen wir von Ihnen für die Rückzahlung allfälliger Guthaben.

Name des Kontoinhabers

Name und Ort der Bank/Post

IBAN-Nr.

C	H																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 4. Arbeitnehmer

Name

--	--

Vorname

--	--

Geburtsdatum

--	--

Versichertennummer

756.	756.
------	------

Anstellungsbeginn

--	--

geschätzter Bruttolohn pro Monat in Fr.

--	--

### 5. Unfallversicherung

Haben Sie Ihre Mitarbeitenden bei einer Versicherungsgesellschaft gegen Unfall versichert?

ja  nein

Versicherungsgesellschaft

Wenn nein, bitte schliessen Sie eine Unfallversicherung ab und schicken Sie uns innert 30 Tagen eine Kopie der Police zu.

### 6. Bemerkungen

### 7. Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift