



Anmeldung Filiale

Firmenname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Drittadresse (ev. Hauptsitz / Treuhänder)

Empfänger

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Zustelladresse für Korrespondenz:

Geschäftsadresse

Drittadresse

Wer ist in Ihrem Geschäft zuständig für die Belange der AHV?

Sprache der Korrespondenz:

Deutsch

Französisch

Italienisch

UID-Nr.

Ist die Filiale im Handelsregister eingetragen?

ja

nein

Haben Sie die Filiale neu eröffnet?

ja

nein

Haben Sie ein bestehendes Geschäft übernommen?

ja

nein

→ **Wenn ja, von wem?** (Name, Vorname, Ort)

Datum der Geschäftseröffnung bzw. -übernahme

Welcher AHV-Kasse sind Sie aktuell angeschlossen:

Bei welchem Berufsverband sind Sie Mitglied?

→ Bitte beachten Sie, dass der Beitritt in unsere Verbandsausgleichskasse einen Kassenwechsel zur Folge hat. Der Kassenwechsel wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt in die Wege geleitet.

Beschäftigen Sie Arbeitnehmer/innen?

ja

nein

Wenn ja, Anzahl _____

Beschäftigen Sie Arbeitnehmende, die eine weitere Erwerbstätigkeit im Ausland ausüben?

ja, Land _____

nein

Wie hoch schätzen Sie die auszuzahlende Lohnsumme (brutto) der Arbeitnehmenden pro Jahr?

Fr. _____

(Bei Lohnsummen über Fr. 200'000 pro Jahr werden die Beiträge von Gesetzes wegen monatlich in Rechnung gestellt).

Möchten Sie die Filiale/n über das Hauptgeschäft abrechnen?

ja

nein

Zahlungsverbindung:

Name und Ort des Finanzinstituts: _____

IBAN-Nr. _____

Konto lautend auf: _____

Lastschriftenverfahren:

ja

nein

Familienausgleichskasse (FAK)

Sind Sie bereits einer FAK angeschlossen?

ja

nein

Wenn ja, Name der FAK _____

→ Anzahl Arbeitnehmer/innen mit Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen: _____

Berufliche Vorsorge (BV)

Falls Sie Arbeitnehmende beschäftigen, benötigen wir die folgenden Angaben:

Sind Ihre Arbeitnehmenden einer Vorsorgeeinrichtung (VE) angeschlossen?

Ja

Nein

Anschluss pendent

Name der Pensionskasse: _____

Policen-Nr.: _____

Adresse: _____

Die Anschlussvereinbarung ist obligatorisch beizulegen!

Obligatorische Unfallversicherung (UVG)

Name der Unfallversicherung: _____

Policen-Nr.: _____

Bemerkungen: _____

Der/die Unterzeichnete bestätigt, das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Firmenstempel und Unterschrift