AHV Kasse I Caisse AVS
Geschäftsinhaber Bern

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 107
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
www.akgivbern.ch

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