

Anmeldung juristische Person

1 Angaben zur Firma

Name der Gesellschaft (Firma)	Datum der Handelsregistereintragung (bitte Kopie des Handelsregistorauszuges beilegen)
Rechtsform <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft (AG) <input type="checkbox"/> Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) <input type="checkbox"/> Genossenschaft <input type="checkbox"/> Kommanditaktiengesellschaft <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> Stiftung <input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Körperschaft	Korrespondenzsprache <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch <input type="checkbox"/> Italienisch
Ist die Firma bereits einer Ausgleichskasse angeschlossen? <input type="checkbox"/> Ja, bei welcher?	<input type="checkbox"/> Nein
	Branche / Fachgebiet

2 Geschäftsadresse

Adresszusatz (z.B. 'zu Händen von...')	Telefon
Strasse	Fax
Postfach	E-Mail
PLZ Ort	Website

Kontaktperson

Name	Telefon Direktwahl
Vorname	E-Mail

3 Rechtssitzadresse (Domiziladresse am Sitz)

Adresszusatz (z.B. 'zu Händen von...')	Telefon
Strasse	Fax
Postfach	E-Mail
PLZ Ort	

4 Korrespondenzadresse

Geschäftsadresse

Rechtssitzadresse

Vertreteradresse

Falls Vertreteradresse:

Vertreter

Adresszusatz (z.B. 'zu Händen von...')

Telefon

Strasse

Fax

Postfach

E-Mail

PLZ

Ort

5 Auszahlungsadresse

Diese Angaben werden für die Rückzahlung allfällig zuviel bezahlter Beiträge benötigt.

IBAN Nummer (21-stellig)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Falls die IBAN-Nummer nicht bekannt ist, bitte folgende Informationen:

Zahlungsweg

Bank Post

Postkonto

Clearing-Nr. Bank

Bankkonto

6 Angaben zur Verbandszugehörigkeit

Falls die Gründer der juristischen Person Mitglieder einer der untenstehenden Berufsverbände sind, bitten wir Sie, auf der entsprechenden Zeile das Eintrittsdatum und die Mitgliednummer des zuerst eingetretenen Gründers einzutragen.

Falls die Anmeldung noch pendent ist, wollen Sie stattdessen das Kästchen in der Spalte 'P' ankreuzen.

Berufsverband	Eintrittsdatum	Mitgliednummer	P
FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte			<input type="checkbox"/>
SSO Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft			<input type="checkbox"/>
GST Gesellschaft Schweizer Tierärztinnen und Tierärzte			<input type="checkbox"/>
SCG Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft			<input type="checkbox"/>
ohne Verband			<input type="checkbox"/>

Falls die juristische Person Arbeitnehmende beschäftigt, füllen Sie bitte Ziff. 7–9 aus.

7 Arbeitnehmende

	Name, Vorname	AHV-Versichertennummer
1		
2		
3		
4		
5		

Weitere Arbeitnehmende bitte unter Ziff. 11 (Bemerkungen) oder auf einem Beiblatt aufführen.
Als Arbeitnehmende gelten u.a. auch Lernende, Aushilfen, Teilzeitangestellte und Reinigungspersonal.

AHV-pflichtige Löhne ab (Datum)

Mutmassliche AHV-Lohnsumme
(von Beginn Lohnzahlung bis Ende Jahr)

Die Lohnsumme wird zur Berechnung der Akontobeiträge benötigt.
Erhebliche Abweichungen der mutmasslichen Lohnsumme müssen umgehend gemeldet werden.

8 Berufliche Vorsorge

Sind Ihre Arbeitnehmenden einer registrierten Vorsorgeeinrichtung angeschlossen?

Ja Nein Anschluss pendent

► Wenn **ja**:

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

Policen-Nummer (bitte legen Sie eine Kopie des Anschlussvertrages bei [ausser bei einem Anschluss an die PAT-BVG])

► Wenn **nein**:

Befreiungsgründe:

- Lohn jedes einzelnen Arbeitnehmenden ist nicht über der Eintrittsschwelle BVG (CHF 21'150.00/Jahr bzw. CHF 1'762.50/Monat)
- Auf maximal drei Monate befristete Arbeitsverträge
- Die Arbeitnehmenden sind nur nebenberuflich tätig (z.B. im Haupterwerb selbständigerwerbend)
- Die Arbeitnehmenden sind im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 70% invalid
- Die Arbeitnehmenden sind nicht dauernd in der Schweiz erwerbstätig (durch die Vorsorgeeinrichtung befreit)

► Wenn **Anschluss pendent**: Bitte reichen Sie nach dem Anschluss umgehend eine Kopie des Anschlussvertrages nach (ausser bei einem Anschluss an die PAT-BVG)

Wünschen Sie Informationen über einen Anschluss an die Personalvorsorgeeinrichtung der Ärzte und Tierärzte (PAT-BVG)?

Ja Nein

9 Obligatorische Unfallversicherung

Sind Ihre Arbeitnehmenden einer Unfallversicherung angeschlossen?

Ja Nein Anschluss pendent

► Wenn **ja**:

Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft (z.B. SUVA)

Policen-Nummer

► Wenn **nein**:

Grund:

► Wenn **Anschluss pendent**: Bitte teilen Sie uns nach dem Anschluss umgehend den Namen und die Adresse der Versicherungsgesellschaft mit.

10 Beilagen

Wir bitten Sie, folgende Beilagen mit der Anmeldung einzureichen:

- Kopie Handelsregisterauszug (Ziff. 1)
 Kopie der Anschlussvereinbarung BVG (vgl. Ziff. 8)

11 Bestätigung

Bemerkungen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Bitte leer lassen

Bemerkungen

Abrechnungsnummer

Visum

MR:

BE:

VE:

AGK: