

Anmeldung für juristische Personen

bitte leer lassen:

MR:
Abr.-Nr.:

Gemeindezweigstelle SVA

1. Rechtsform

- | | |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft (G) | <input type="checkbox"/> Kommanditaktiengesellschaft (K) |
| <input type="checkbox"/> GmbH (H) | <input type="checkbox"/> Verein (L) |
| <input type="checkbox"/> Genossenschaft (I) | <input type="checkbox"/> Stiftung (M) |
| | <input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Körperschaft (N) |

2. Rechtssitzadresse

Firmenname
Branche
Strasse/Nr.
PLZ/Ort
Telefon

3. Geschäftsadresse (falls abweichend von der Rechtssitzadresse)

Strasse/Nr.
PLZ/Ort
Telefon

4. Weitere Adressen

Drittadresse (Treuhandfirma etc.)

Name
Strasse
PLZ/Ort
Telefon

Auszahlung von allfälligen Guthaben

Kontoinhaber/in
<input type="checkbox"/> Postcheckkonto-Nr.
<input type="checkbox"/> IBAN-Nr./Konto-Nr.
Bankname
PLZ/Bankort
Clearing-Nr.

Zustelladresse

- | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Für Rechnungen | Für Korrespondenz |
| <input type="checkbox"/> Rechtssitzadresse | <input type="checkbox"/> Rechtssitzadresse |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsadresse | <input type="checkbox"/> Geschäftsadresse |
| <input type="checkbox"/> Drittadresse | <input type="checkbox"/> Drittadresse |

5. Handelsregistereintrag

- nein ja; Datum des Eintrages:

6. Beschäftigen Sie Personal?

- nein
 ja; ab wann?

bitte leer lassen

Eintritt:

Höhe der geschätzten Jahreslohnsumme
(inklusive Lohn Geschäftsführer)

sFr.

Verwaltungsratshonorare oder Tantiemen

sFr.

Geschätzte Kinderzulagen pro Jahr
(Bitte separate Anmeldungen einreichen)

sFr.

7. Obligatorische Unfallversicherung (nach UVG)

Als Arbeitgeber sind Sie verpflichtet, für alle beschäftigten Arbeitnehmenden eine Unfallversicherung abzuschliessen. Beträgt die Arbeitszeit mehr als 8 Stunden pro Woche, muss eine Versicherung für Berufs- und Nichtberufsunfälle abgeschlossen werden. Beträgt die Arbeitszeit weniger als 8 Stunden pro Woche, sind nur die Berufsunfälle zu versichern.

Name der Versicherung

Agentur

Police/Suva-Nr.

8. Obligatorische Vorsorgeversicherung (nach BVG)

Kopie der Police ist zwingend beizulegen

Name der Vorsorgeeinrichtung

Agentur

Police-Nr.

9. Filialen

Werden Filial- oder Zweigbetriebe geführt? nein ja; seit wann?

Name und Adresse

10. Berufsverband

Ist Ihre Firma Mitglied eines Berufsverbandes? nein ja; seit wann?

Name und Adresse

Wir bestätigen, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Unvollständige Anmeldungen führen zu Verzögerungen bei der Bearbeitung

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Die Anmeldung muss zusammen mit den AHV-Ausweisen der Angestellten bei der Gemeindezweigstelle SVA abgegeben werden!

Bestätigung der Gemeindezweigstelle SVA

Die AHV-Ausweise der Angestellten tragen den Kassenvermerk 19
wenn nein: – IK-Eröffnung via GZ-Online

ja nein
 ja nein

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Gemeindezweigstelle SVA