

Anmeldung Personengesellschaft

Anschluss an folgende Ausgleichskasse(n) gewünscht:

- AHV-Ausgleichskasse
 Familienausgleichskasse

Wichtig!

Pro Gesellschafter ist **zusätzlich** ein Formular
"Anmeldung Selbständigerwerbende" einzureichen.

Abr-Nr. (bitte leer lassen)

Geschäftsangaben

Firmenname	Erwerbszweig / Branche
Rechtsform <input type="radio"/> Einfache Gesellschaft <input type="radio"/> Kollektivgesellschaft	<input type="radio"/> Kommanditgesellschaft <input type="radio"/> Erbengemeinschaft
Gründungsdatum (bitte Kopie Handelsregisterauszug beilegen)	UID-Nummer
Geschäftsdomizil (Strasse, Hausnummer / PLZ, Ort)	
Telefon-Nummer	E-Mail-Adresse
Zustelladresse für Rechnungen und Korrespondenz, falls nicht mit obiger Adresse identisch	
Bisherige AHV-Ausgleichskasse (nur bei Kassenwechsel)	Bisherige Familienausgleichskasse (nur bei Kassenwechsel)

Filialen/Zweigniederlassungen

Führen Sie Filialen, Zweigniederlassungen und dergleichen, die über den obenerwähnten Hauptbetrieb abrechnen? Ja Nein

Wenn ja, geben Sie bitte nachstehend die entsprechenden Adressen (Strasse, PLZ, Ort) bekannt:
(falls mehr als 3 Betriebe, bitte separates Verzeichnis beilegen)

Betrieb 1:
Betrieb 2:
Betrieb 3:

Personal

Beschäftigen Sie Personal? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	Anzahl Personen
-----------------------------------------------------------------------------------	---------------------	-----------------

Lohnsummen und Familienzulagen

Jahreslohnsumme AHV ca. (in CHF)	Gültig ab
Jahreslohnsumme ALV ca. (in CHF)	Gültig ab
Familienzulagen ca. (in CHF)	Anzahl der anspruchsberechtigten Arbeitnehmenden

Vorsorgeeinrichtung gemäss BVG

Sind Sie für Ihr Personal einer registrierten Vorsorgeeinrichtung angeschlossen? Ja Nein

Wenn ja, Name, Adresse und Vertragsnummer der Vorsorgeeinrichtung (bitte Kopie der Bescheinigung der Vorsorgeeinrichtung beilegen)

Wenn nein, bitte Befreiungsgrund angeben (gemäss Merkblatt)

Unfallversicherung

Ist Ihr Personal nach UVG (Obligatorische Unfallversicherung) versichert? Ja Nein

Wenn ja, Name, Adresse und Vertragsnummer der Unfallversicherung angeben

Ist Ihr Personal bei der SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) versichert? Ja Nein

Wenn ja, bitte Vertragsnummer angeben

Zahlungsverbindung

Bankkonto

Name der Bank	Adresse, PLZ, Ort, Land
Banken-Clearing-Nummer	IBAN (International Bank Account Number)

Postkonto

PC-Nummer

Verbandsmitgliedschaft

Sind Sie Mitglied eines Verbandes? Ja Nein

Name des Verbandes

Bestätigung

Ort und Datum	Stempel und rechtsgültige Unterschrift
Kontaktperson	

Für die Zustellung per Post verwenden Sie bitte dieses Adressblatt (für rechts- oder linksseitige Fenstercouverts).

Ausgleichskasse
Gewerbe St. Gallen
Abteilung Leistungen / Kundendienst
Geltenwilenstrasse 16
Postfach
9001 St. Gallen

Ausgleichskasse
Gewerbe St. Gallen
Abteilung Leistungen / Kundendienst
Geltenwilenstrasse 16
Postfach
9001 St. Gallen