

Anmeldung juristische Person

Anschluss an folgende Ausgleichskasse(n) gewünscht:

- AHV-Ausgleichskasse
- Familienausgleichskasse

Abr-Nr. (bitte leer lassen)

Geschäftsangaben

Firmenname		Erwerbszweig / Branche	
Rechtsform			
<input type="radio"/> Aktiengesellschaft	<input type="radio"/> GmbH	<input type="radio"/> Verein (bitte Statuten beilegen)	
<input type="radio"/> Kommandit-Aktiengesellschaft	<input type="radio"/> Genossenschaft	<input type="radio"/> Stiftung	
Gründungsdatum (bitte Kopie Handelsregistrauszug 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:

Betrieb 1:
Betrieb 2:
Betrieb 3:
Betrieb 4:
Betrieb 5:

Personal

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

Lohnsummen und Familienzulagen

Jahreslohnsumme AHV ca. (in CHF)	Gültig ab
Jahreslohnsumme ALV 1 ca. (in CHF)	Gültig ab
Jahreslohnsumme ALV 2 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