

AHV-Beitragspflicht: Fragebogen für juristische Personen

SVA Zürich

Ausgleichskasse

Sozialversicherungsanstalt
des Kantons Zürich
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
Team 044 448 59 75
www.svazurich.ch, info-ag@svazurich.ch

1 Rechtsform

- Bitte Zutreffendes ankreuzen
- Aktiengesellschaft (AG)
 Genossenschaft
 Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)
 Stiftung
 Verein (bitte Statuten beilegen)
 Öffentlich-rechtliche Körperschaft
 Ausländische Zweigniederlassung

Andere

2 Geschäftsadresse (Rechtssitz)

Firma/Name

Erwerbszweig (Branche)

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Kontaktperson

E-Mail

- Neugründung Umwandlung
 Geschäftssitz-
verlegung Nur Anschluss an
Familienausgleichskasse

Bisherige Geschäftsadresse

Bisherige Ausgleichskasse

von

bis

Sind Sie Mitglied des Gründerverbandes einer
Ausgleichskasse?

- ja nein

Wenn ja, bei welchem?

3 Personal / Löhne

1 Zahlen Sie AHV-pflichtige Löhne aus?

- ja nein

seit

Anzahl Personen

Lohnsumme pro Monat

2 Werden Verwaltungsratsentschädigungen, Dividenden
oder Tantiemen ausbezahlt?

- ja nein

3 Haben alle Ihre Angestellten eine AHV-Nummer?

- ja nein

Wenn nein: Bitte beantragen Sie die fehlenden AHV-
Nummern bei uns mit dem **Anmeldeformular**.

Sie sind gesetzlich verpflichtet, Ihre Mitarbeitenden
gegen Unfall zu versichern. Beachten Sie dazu das
Merkblatt 6.05 **Obligatorische Unfallversicherung UVG**.

Bei einem Bruttojahreslohn über CHF 21'510.00 ist der
Anschluss an eine Vorsorgeeinrichtung BVG obliga-
torisch. Beachten Sie dazu das Merkblatt 6.06
Berufliche Vorsorge BVG.

4 Konto für Rückzahlung / Versandadresse

Auf welches Bank- oder Postkonto können wir ein
allfälliges Guthaben überweisen?

Kontonummer IBAN (CHxx xxxx xxxx xxxx x)

Zustelladresse für Rechnungen und Korrespondenzen
(bei Drittpersonen bitte Punkt 8 unterschreiben)

Name, Vorname/Firma

Strasse

PLZ, Ort

Wenn Drittperson:

Telefon tagsüber

E-Mail

5 Für Vereine: Adresse der Vereinspräsidentin, des Vereinspräsidenten

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

6 Zweigniederlassungen

Unterhalten Sie Zweigniederlassungen?

ja nein

1 Strasse

PLZ, Ort

seit

2 Strasse

PLZ, Ort

seit

Bei weiteren Filialen bitte Adressverzeichnis beilegen

7 Bestätigung der Arbeitgeberin, des Arbeitgebers bzw. der bevollmächtigten Drittperson

Bitte kontrollieren Sie, ob alle verlangten Abschnitte ausgefüllt sind.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt die Arbeitgeberin, der Arbeitgeber bzw. die bevollmächtigte Drittperson

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

8 Vollmacht

- Wenn Sie z. B. Ihrem Treuhänder eine Vollmacht erteilen möchten, unterschreiben Sie bitte diese Erklärung.

Hiermit ermächtigen wir als Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die unter Punkt 4 angegebene Drittperson, unsere Interessen in Bezug auf die AHV/IV/EO-Beiträge sowie Familienzulagen, EO- und Mutterschaftsentschädigungen wahrzunehmen.

Somit ist die SVA Zürich von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht befreit und ermächtigt, der bevollmächtigten Drittperson Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren sowie ihr Mitteilungen, Verfügungen und Rechnungen zuzustellen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers

● Weiteres Vorgehen

Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular an folgende Adresse:

SVA Zürich
Ausgleichskasse
Postfach
8087 Zürich

Bitte nicht bostitchen und keine Büroklammern verwenden