

Lindenstrasse 137
Postfach 245
9016 St. Gallen

AHV-Ausgleichskasse
Gewerbliche Familienausgleichskasse
FAK St. Galler Arbeitgeber

Telefon 071 282 18 81
Fax 071 282 18 91
info@ahvgewerbesg.ch

Fragebogen für juristische Personen

Anschluss an folgende Kasse gewünscht

- AHV-Ausgleichskasse
 Familienausgleichskasse

Unser Unternehmen hat folgende Rechtsform

- Aktiengesellschaft Stiftung
 Genossenschaft Verein (Statuten beilegen)
 GmbH

Abr.-Nr. (leer lassen)

1. Geschäftsadresse (Rechtssitz)

- 1.1 Firma/Name _____
Branche _____
- 1.2 Erwerbszweig _____
Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Ort _____
- 1.3 Domiziladresse _____
- 1.4 Telefonnummer _____
- 1.5 Faxnummer _____
- 1.6 E-Mail _____
- 1.7 Zustelladresse für Rechnungen und Korrespondenzen
Name, Vorname, Firma, Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

2. Handelsregistereintrag (sofern vorhanden Kopie des HR-Auszugs beilegen)

- 2.1 SHAB-Nr. _____
- 2.2 Eintragsdatum _____

3. Verbandsmitgliedschaft

Sind Sie Mitglied eines Verbandes?

- 3.1 Mitgliedschaft ja nein wenn ja, Name des Verbandes: _____

4. Personal

Beschäftigen Sie Personal?

4.1 Personal ja nein wenn ja, seit wann: _____

4.2 Anzahl Personen _____

5. Lohnsummen und Familienzulagen

5.1 AHV-Lohnsumme	ca. pro Jahr (in CHF) _____	gültig ab _____
5.2 ALV-Lohnsumme 1	ca. pro Jahr (in CHF) _____	gültig ab _____
5.3 ALV-Lohnsumme 2	ca. pro Jahr (in CHF) _____	gültig ab _____
5.4 Familienzulagen	_____	_____

6. Vorsorgeeinrichtung (siehe beiliegendes Merkblatt)

6.1 Vorsorgeeinrichtung gemäss BVG

Sind Sie für Ihr Personal einer registrierten Vorsorgeeinrichtung angeschlossen? ja nein

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

Wenn nein, Befreiungsgrund angeben (gemäss Merkblatt)

7. Unfallversicherung (siehe beiliegendes Merkblatt)

7.1 Obligatorische Unfallversicherung (UVG)

Ist Ihr Personal nach UVG versichert? ja nein

Wenn ja, Name, Adresse und Vertragsnummer der Unfallversicherung angeben

7.2 Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA)

Ist Ihr Personal über die SUVA versichert? ja nein

Wenn ja, Vertragsnummer angeben

8. Zahlungsverbindung

8.1 Überweisung auf:

Bankkonto

Name und Ort der Bank

Bankverbindung _____

Konto-Nr. _____

Bank-Clearing-Nr. _____

Postkonto

Konto-Nr. _____

9. Filialen

9.1 Unterhalten Sie Filial- oder Zweigbetriebe?

ja nein

Wenn ja, bitte Verzeichnis der Filialen- oder Zweigbetriebe beilegen

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift
