



# Anmeldung für Arbeitgeber

AG: \_\_\_\_\_

## A Allgemeine Angaben

1. Name bzw. Firma: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

2. Art des Betriebes (Branche): \_\_\_\_\_ Postcheckkonto: \_\_\_\_\_

3. Ort des Betriebes und Adresse: \_\_\_\_\_

4. Vertreteradresse: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
(Vollmacht beilegen)

5. An welche Adresse sollen Korrespondenzen zugestellt werden 3 oder 4

6. Datum der Eröffnung oder Übernahme des Betriebes: \_\_\_\_\_

7. Beitragspflicht als ? (zutreffendes ankreuzen)

d) <input type="checkbox"/> Kollektivgesellschaft	i) <input type="checkbox"/> Genossenschaft	n) <input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Körperschaft (Statuten beilegen)
e) <input type="checkbox"/> Kommanditgesellschaft	k) <input type="checkbox"/> Kommandit-AG	a) <input type="checkbox"/> Hausverwaltung
f) <input type="checkbox"/> Erbgemeinschaft	l) <input type="checkbox"/> Verein	a) <input type="checkbox"/> Hausdienst Arbeitgeber
g) <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft	m) <input type="checkbox"/> Stiftung	x) <input type="checkbox"/> Nur als Mitglied der Familienausgleichskasse
h) <input type="checkbox"/> GmbH		x) <input type="checkbox"/> _____

8. Bestand der Betrieb schon früher? Ja  Nein  Wenn ja, Nummer der Ausgleichskasse? \_\_\_\_\_  
Wie lautete der Name des Betriebes? \_\_\_\_\_

9. Handelsregistereintrag? Ja  Nein  Wenn ja, Datum des Eintrages? \_\_\_\_\_  
Auszug des Amtsblattes beilegen

10. Hat die Firma Zweigbetriebe? Ja  Nein  Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

11. Gehören Sie einem Berufsverband Ja  Nein  Wenn ja, welchem? \_\_\_\_\_  
an, der eine Ausgleichskasse führt?

## B Angaben über Teilhaber (Nur für Kollektivgesellschaft, Kommanditgesellschaft oder Erbgemeinschaft)

Name und Vorname der Teilhaber	Versicherten-Nr.	Name und Vorname der Teilhaber	Versicherten-Nr.
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

Für jeden Teilhaber ist eine Anmeldung als Selbständigerwerbender erforderlich.

## C Angaben über Löhne

1. Beschäftigen Sie Arbeitnehmer? Ja  Nein  Wenn ja, Anzahl: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

2. Monatliche Lohnsumme Fr. \_\_\_\_\_ -- x 12 Fr. \_\_\_\_\_

3. Monatlicher Anspruch auf Kinderzulagen? Fr. \_\_\_\_\_ -- x 12 Fr. \_\_\_\_\_

4. SUVA-Betrieb? Ja  Nein  Wenn ja, SUVA-Betriebsnummer: \_\_\_\_\_  
Wenn nein, Name des Unfallversicherers: \_\_\_\_\_

## D Unterschrift und Bemerkungen

Obenstehende Fragen sind vollständig und den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend beantwortet worden. Hiermit wird die Ausgleichskasse ermächtigt, Einsicht in die Original-Steuerakten zu nehmen.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Dieses Formular ist der AHV-Zweigstelle zu senden. Danke.

## Von der AHV-Zweigstelle auszufüllen

1. Haben Sie die vorliegenden Angaben soweit als möglich geprüft?  ja/nein

2. Sind die erforderlichen Beilagen vollständig?  ja/nein

Wenn nein, kurze Begründung:

3. Ort und Datum

Unterschrift / AHV-Zweigstelle

---

4. Bemerkungen