

# AHV-Beitragspflicht: Fragebogen für juristische Personen

# SVA Zürich

## Ausgleichskasse

Sozialversicherungsanstalt  
des Kantons Zürich  
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich  
Tel 044 448 50 00, Fax 044 448 55 55  
www.svazurich.ch, info@svazurich.ch

## 1 Rechtsform

- Bitte Zutreffendes ankreuzen
- Aktiengesellschaft
- Genossenschaft
- GmbH
- Stiftung
- Verein (bitte Statuten und Gründungsprotokoll beilegen)
- Öffentlich-rechtliche Körperschaften

Andere

## 2 Geschäftsadresse (Rechtssitz)

Firma/Name

Erwerbszweig (Branche)

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Kontaktperson

Handelsregistereintrag SHAB-Nr.

Datum Handelsregistereintrag

- 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

Verbandsausgleichskasse

Familienausgleichskasse

## 3 Personal / Löhne

1 Beschäftigen Sie neben der Geschäftsführerin / dem  
Geschäftsführer weiteres Personal?

- ja  nein

Seit

Anzahl Personen

Bruttolohnsumme pro Monat

Familienzulagen pro Monat

Bitte reichen Sie das [Anmeldeformular für Familienzulagen](#) ein.

2 Geschäftsführerin / Geschäftsführer

Seit

Lohnsumme pro Monat

Familienzulagen pro Monat

Bitte reichen Sie das [Anmeldeformular für Familienzulagen](#) ein.

3 Werden Verwaltungsratsentschädigungen oder  
Tantiemen ausbezahlt?

- ja  nein

4 Besitzt Ihr Personal ausnahmslos AHV-Ausweise?

- ja  nein

Wenn nein, wie viele [Anmeldeformulare](#) benötigen Sie?

## 4 Rückzahlungs- / Versandadresse

Wie können wir ein allfälliges Guthaben überweisen?

Auf Bankkonto  Auf Postkonto

IBAN

Bankadresse

Postkonto-Nr.

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

Name, Vorname/Firma

Strasse

PLZ, Ort

## 5 Adresse der Vereinspräsidentin / des Vereinspräsidenten

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

## 6 Filialen

Unterhalten Sie Filial- und Zweigbetriebe?

ja  nein

Strasse

PLZ, Ort

seit

Strasse

PLZ, Ort

seit

Bei weiteren Filialen bitte Adressverzeichnis beilegen

## 7 Bestätigung der Antragstellerin / des Antragstellers

Bitte kontrollieren Sie, ob alle verlangten Abschnitte ausgefüllt sind.

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt die Antragstellerin / der Antragsteller

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

## 8 Vollmacht

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

Hiermit beauftragen wir als Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber die unter Punkt 4 angegebene Drittperson, unsere Interessen in Bezug auf die AHV/IV/EO sowie Familienzulagen 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

Beilagen

- **Weiteres Vorgehen**

Senden Sie bitte das ausgefüllte Formular inkl. Beilage(n) an folgende Adresse:

SVA Zürich  
Ausgleichskasse  
Postfach  
8087 Zürich