Eingaben löschen

Sie können dieses Formular am Computer ausfüllen: Bitte speichern Sie vorher das leere Formular auf Ihrem Computer und öffnen Sie es dort. Sie brauchen zum Ausfüllen die aktuelle Version des Adobe Reader (Gratis-Download: http://get.adobe.com/de/reader).

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-ahv@svazurich.ch

1 Rechtsform

☒ Bitte Zutreffendes ankreuzen

☐ Aktiengesellschaft (AG)

☐ Genossenschaft

☐ Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)

☐ Stiftung

☐ Verein (bitte Statuten und Gründungsprotokoll beilegen)

☐ Öffentlich-rechtliche Körperschaft

Andere

2 Geschäftsadresse (Rechtssitz)

Firma/Name

Erwerbszweig (Branche)

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Kontaktperson

E-Mail

☐ Neugründung
☐ Geschäftssitz-verlegung
☐ Umwandlung
☐ 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	Familienzulagen pro Monat

Bitte reichen Sie das Anmeldeformular für Familienzulagen ein.

2 Werden Verwaltungsratsentschädigungen, Dividenden oder Tantiemen ausbezahlt?
☐ ja ☐ nein

3 Besitzt Ihr Personal ausnahmslos AHV-Ausweise?
☐ ja ☐ nein

Wenn nein: Bitte bestellen Sie die fehlenden AHV-Ausweise bei uns mit dem Anmeldeformular.

4 Konto für Rückzahlung / Versandadresse

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

Kontonummer IBAN (CHxx xxxx 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

0000000000000009023001

5 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