

Anmeldung für juristische Personen



Kyburgerstrasse 15
5001 Aarau
Telefon 062 836 81 81
Fax 062 836 81 99
www.sva-ag.ch

bitte leer lassen:

MR:

Gemeindezweigstelle SVA

1. Rechtsform

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft (G) | <input type="checkbox"/> Kommanditaktiengesellschaft (K) |
| <input type="checkbox"/> GmbH (H) | <input type="checkbox"/> Verein (L) |
| <input type="checkbox"/> Genossenschaft (I) | <input type="checkbox"/> Stiftung (M) |
| | <input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Körperschaft (N) |

2. Rechtssitzadresse

Firmenname

Branche

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

3. Geschäftsadresse (falls abweichend von der Rechtssitzadresse)

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

4. Weitere Adressen

Drittadresse (Treuhandfirma etc.)

Name

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Auszahlung von allfälligen Guthaben

Kontoinhaber/in

Postcheckkonto-Nr.

IBAN-Nr./Konto-Nr.

Bankname

PLZ/Bankort

Clearing-Nr.

Zustelladresse

- | | |
|--|--|
| Für Rechnungen | Für Korrespondenz |
| <input type="checkbox"/> Rechtssitzadresse | <input type="checkbox"/> Rechtssitzadresse |
| <input type="checkbox"/> Geschäftsadresse | <input type="checkbox"/> Geschäftsadresse |
| <input type="checkbox"/> Drittadresse | <input type="checkbox"/> Drittadresse |

5. Handelsregistereintrag

- nein ja; Datum des Eintrages:

6. Beschäftigen Sie Personal?

- nein
- ja; ab wann?

bitte leer lassen

Eintritt:

Höhe der geschätzten Jahreslohnsumme
(inklusive Lohn Geschäftsführer)

sFr.

Verwaltungsratshonorare oder Tantiemen

sFr.

Geschätzte Familienzulagen pro Jahr
(Bitte separate Anmeldungen einreichen)

sFr.

Daten der Arbeitnehmenden

Versichertennummer	Name/Vorname	Eintrittsdatum

7. Obligatorische Unfallversicherung (nach UVG)

Als Arbeitgeber/in sind Sie verpflichtet, für alle beschäftigten Arbeitnehmenden eine Unfallversicherung abzuschliessen. Beträgt die Arbeitszeit mehr als 8 Stunden pro Woche, muss eine Versicherung für Berufs- und Nichtberufsunfälle abgeschlossen werden. Beträgt die Arbeitszeit weniger als 8 Stunden pro Woche, sind nur die Berufsunfälle zu versichern.

Name der Versicherung

Police/Suva-Nr.

8. Obligatorische Vorsorgeversicherung (nach BVG)

Kopie der Police ist zwingend beizulegen.

Name der Vorsorgeeinrichtung

Police-Nr.

9. Filialen

Werden Filial- oder Zweigbetriebe geführt? nein ja; seit wann?

Name und Adresse

10. Berufsverband

Ist Ihre Firma Mitglied eines Berufsverbandes? nein ja; seit wann?

Name und Adresse

Wir bestätigen, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Unvollständige Anmeldungen führen zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Bitte reichen Sie die Anmeldung bei der Gemeindegewerbestelle SVA ein

Bestätigung der Gemeindegewerbestelle SVA

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der Gemeindegewerbestelle SVA