

### Anmeldung juristische Person

Anschluss an folgende Ausgleichskasse(n) gewünscht:

- AHV-Ausgleichskasse  
 Familienausgleichskasse

Abr-Nr. (bitte leer lassen)

### Geschäftsangaben

Firmenname		Erwerbszweig / Branche	
Rechtsform			
<input type="radio"/> Aktiengesellschaft	<input type="radio"/> GmbH	<input type="radio"/> Verein (bitte Statuten beilegen)	
<input type="radio"/> Kommandit-Aktiengesellschaft	<input type="radio"/> Genossenschaft	<input type="radio"/> Stiftung	
Gründungsdatum (bitte Kopie Handelsregisterauszug beilegen)		Firmennummer Handelsregister	
Geschäftsdomizil (Strasse, Hausnummer / PLZ, Ort)			
Telefon- und Fax-Nummer		E-Mail-Adresse	
Zustelladresse für Rechnungen und Korrespondenz, falls nicht mit obiger Adresse identisch			
Bisherige AHV-Ausgleichskasse (nur bei Kassenwechsel)		Bisherige Familienausgleichskasse (nur bei Kassenwechsel)	

### Filialen/Zweigniederlassungen

Führen Sie Filialen, Zweigniederlassungen und dergleichen, die über den oben erwähnten Hauptbetrieb abrechnen?  Ja  Nein

Wenn ja, geben Sie bitte nachstehend die entsprechenden Adressen (Strasse, PLZ, Ort) bekannt:

Betrieb 1:  
Betrieb 2:  
Betrieb 3:  
Betrieb 4:  
Betrieb 5:

### Personal

Beschäftigen Sie Personal? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wenn ja, seit wann?	Anzahl Personen
---	---------------------	-----------------

## Lohnsummen und Familienzulagen

Jahreslohnsumme AHV ca. (in CHF)
Jahreslohnsumme ALV 1 ca. (in CHF)
Jahreslohnsumme ALV 2 ca. (in CHF)
Familienzulagen ca. (in CHF)

Gültig ab
Gültig ab
Gültig ab
Anzahl der anspruchsberechtigten Arbeitnehmenden

## Vorsorgeeinrichtung gemäss BVG

Sind Sie für Ihr Personal einer registrierten Vorsorgeeinrichtung angeschlossen?  Ja  Nein

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

Wenn nein, bitte Befreiungsgrund angeben (gemäss Merkblatt)

## Unfallversicherung

Ist Ihr Personal nach UVG (Obligatorische Unfallversicherung) versichert?  Ja  Nein

Wenn ja, Name, Adresse und Vertragsnummer der Unfallversicherung angeben

Ist Ihr Personal bei der SUVA (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt) versichert?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Vertragsnummer angeben

## Zahlungsverbindung

Bankkonto

Name der Bank	Adresse, PLZ, Ort, Land
Banken-Clearing-Nummer	IBAN (International Bank Account Number)

Postkonto

PC-Nummer

## Verbandsmitgliedschaft

Sind Sie Mitglied eines Verbandes?  Ja  Nein

Name des Verbandes

## Bestätigung

Ort und Datum	Stempel und rechtsgültige Unterschrift
Kontaktperson	

Für die Zustellung per Post verwenden Sie bitte dieses Adressblatt (für rechts- oder linksseitige Fenstercouverts).

Ostschweizerische Ausgleichskasse  
für Handel und Industrie  
Abteilung Beiträge / Mitgliederregister  
Lindenstrasse 137  
Postfach 345  
9016 St. Gallen

Ostschweizerische Ausgleichskasse  
für Handel und Industrie  
Abteilung Beiträge / Mitgliederregister  
Lindenstrasse 137  
Postfach 345  
9016 St. Gallen