



Informationen:
041 819 04 25
info@aksz.ch
www.aksz.ch

Anmeldung für juristische Personen

Ausgleichskasse/IV-Stelle Schwyz
Postfach 53
6431 Schwyz

1 Angaben zur Firma

- Rechtsform Aktiengesellschaft Verein
 Gesellschaft mit beschränkter Haftung Stiftung
 Kommanditaktiengesellschaft Öffentlich-rechtliche Körperschaft
 Genossenschaft Korporation

Name _____
 Zweck / Branche _____
 Strasse / Nr. _____
 Postfach _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon-Nr. _____
 E-Mail _____

Sind Sie bereits einer AHV-Ausgleichskasse angeschlossen? ja nein
 Wenn ja, bei welcher? _____

2 Zustelladresse (falls abweichend von Punkt 1)

Name / Firma _____
 Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Strasse / Nr. _____
 Postfach _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon-Nr. _____
 E-Mail _____

Hinweis:
Die aufgeführte Person oder Firma wird bevollmächtigt, den oder die Antragssteller/in gegenüber der Ausgleichskasse Schwyz rechtsverbindlich zu vertreten. Sämtliche Korrespondenz und Rückfragen werden an die aufgeführte Person oder Firma gerichtet. Diese Vollmacht gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

3 Wie wünschen Sie die Auszahlung allfälliger Guthaben an Beiträgen?

Postcheckkonto _____
 IBAN-Nr. CH
 Bankadresse _____
 Kontoinhaber _____

4 Handelsregistereintrag

Ist die Firma im Handelsregister eingetragen?

nein

ja; Datum des Eintrages _____

Grund für den Handelsregistereintrag

Neugründung

Geschäftssitzverlegung

Umwandlung

Aufnahme der Geschäftstätigkeit am _____

5 Löhne und Verwaltungsratshonorare

Beschäftigen Sie Personal?

nein

ja, ab _____

Anzahl Mitarbeitende _____

Richten Sie Verwaltungsratshonorare oder Tantiemen aus?

nein

ja, Fr. _____ / Jahr

Monatliche Gesamtbruttolohnsumme

Fr. _____

Monatliche Familienzulagen

Fr. _____

Wichtig: Neue Mitarbeitende müssen Sie nur dann innert 30 Tagen anmelden, wenn sie noch keine Versichertennummer haben (Formular „Anmeldung für einen Versicherten ausweis“). Ansonsten genügt die Meldung auf der Lohnbescheinigung Ende Jahr. Allfällige Familienzulagen melden Sie bitte sofort an (Formular „Anmeldung für Familienzulagen“).

6 Zweigniederlassungen

Führen Sie eine Zweigniederlassung?

nein

ja, seit _____

Strasse / Nr. _____

Postfach _____

PLZ / Ort _____

7 Bemerkungen

8 Unterschrift

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

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift