

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



**Lohnnachtrag Jahr:** \_\_\_\_\_  
**Unsere Rückmeldung**

Ausgleichskasse / IV-Stelle Schwyz  
Postfach 53  
6431 Schwyz

Sie erhalten einen Lohnnachtrag. Wir haben diesen vollständig ausgefüllt und bestätigen die Angaben mit der **Unterschrift auf der Rückseite.**

**Zahlungsverbindung für Rückzahlungen**

**Angaben zur Firma**

\_\_\_\_\_  
Name der Firma

\_\_\_\_\_  
Abrechnungs-Nummer

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber / Kontoinhaberin

\_\_\_\_\_  
CH

\_\_\_\_\_  
IBAN

**Kontaktperson bei Rückfragen**

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Berufliche Vorsorge (BVG)**

Wir sind bei folgender Gesellschaft versichert:

\_\_\_\_\_  
Name der Vorsorgeeinrichtung

- Für unser Unternehmen besteht keine BVG-Anschlusspflicht

\_\_\_\_\_  
Begründung

- Wir haben im entsprechenden Jahr unsere BVG-Vorsorgeeinrichtung gewechselt oder wir unterstehen neu der Anschlusspflicht. Eine **Kopie der Police** liegt bei.

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name der Vorsorgeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Seit (Datum)

**Mitarbeitende** (in alphabetischer Reihenfolge)

<sup>1</sup> Versicherten-Nummer	<sup>3</sup> Name	<sup>5</sup> VG	<sup>7</sup> m / w	<sup>8</sup> Beitragspflichtige Lohnsumme CHF
<sup>2</sup> Geburtsdatum (TT.MM:JJJJ)	<sup>4</sup> Vorname	<sup>6</sup> Beitragsdauer von bis		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		
1	3	5	7	8
2	4	6		

**Total Lohnsummen in CHF**

Periode	<sup>9</sup> AHV/IV/EO-pflichtig	<sup>10</sup> FLG-pflichtig	<sup>11</sup> FAK-pflichtig	<sup>12</sup> ALV1-pflichtig	<sup>13</sup> ALV2-pflichtig
_____					

Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Lohndeklaration (bitte ankreuzen). Die Hinweise zum massgebenden Lohn im Merkblatt 2.01 ([www.ahv-iv.ch](http://www.ahv-iv.ch)) haben wir berücksichtigt.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin