

Anmeldung für Personengesellschaften

(Gesellschafter haben zusätzlich den Fragebogen „Teilhaber von Personengesellschaften auszufüllen)

➤ Dieser Fragebogen ist bei der AHV-Zweigstelle am Geschäftssitz einzureichen! ◀

Bitte leer lassen

Ref.-Nr.

Reflection-Nr.

1. Gesellschaft

Firmenbezeichnung _____
Branche/Zweck _____
Rechtsform _____ Tel.-Nr. _____

Rechtsform
Branchencode
Beitragsgruppen-
code
Erfassungsgrund
Mitgliedart

2. Name und Vorname der Gesellschafter

3. Geschäftsadresse

Strasse/Nr. _____ Postfach _____
PLZ _____ Ort _____
Tel. _____

Anrede
GZ/Kanton
Adressverwen-
dung

4. Rechtssitzadresse (C) (falls abweichend von der Geschäftsadresse)

Strasse/Nr. _____ Postfach _____
PLZ _____ Ort _____

Anrede
GZ/Kanton
Adressverwen-
dung

5. Drittadresse (z.B. Treuhandfirma etc.)

Postempfänger _____
Strasse/Nr. _____ Postfach _____
PLZ _____ Ort _____

Anrede
GZ/Kanton
Adressverwen-
dung

6. Zustelladresse für Faktura (F)

- Geschäftsadresse
 Rechtssitzadresse
 Drittadresse

7. Zustelladresse für Korrespondenz (G)

- Geschäftsadresse
 Rechtssitzadresse
 Drittadresse

8. Wie wünschen Sie die Auszahlung allfälliger Guthaben?

Kontoinhaber(in) _____
 Auf PC Konto (1) _____
 Auf Bank-Konto (2) _____
Bankname _____ Bankort _____
Kto-Nr. _____ PC-Konto Bank _____

Auszahlungsart

9. Handelsregistereintrag

ja nein Datum des Eintrages _____

Eintritt

10. Datum der Betriebseröffnung _____

11. Verfügt die Firma zur Ausübung der Tätigkeit über besondere Räumlichkeiten?

- ja nein falls ja, über welche?
- Werkstatt Büro/Ladenlokal Material- und Warenlager
- Maschinen Lastwagen weitere _____

Bitte leer lassen

SE mit Betrieb

12. Löhne

- Beschäftigen Sie Personal? ja nein
- Höhe der geschätzten Gesamtlohnsumme pro Jahr (Grundlage für die prov. Fakturierung) Fr. _____
- Höhe der geschätzten Kinderzulagen im Kanton Luzern pro Jahr Fr. _____

100 FAK _____

110 KZ _____

13. Obligatorische Unfallversicherung (UVG)

Bitte separaten Fragebogen ausfüllen!

14. Berufliche Vorsorge (BVG)

Bitte separaten Fragebogen ausfüllen!

15. Berufsverband?

- Ist Ihre Gesellschaft Mitglied eines Berufsverbandes? ja nein
- Name und Adresse _____
- Datum des Verbandseintrittes _____

16. Werden Filial- oder Zweigbetriebe geführt?

- Falls ja: ja nein
- Art (Lager etc.) Adresse des Zweigbetriebes Ort
- _____

Fil. Nr./ZS/AK-Nr.

Die Gesellschafter bestätigen, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum **Stempel und Unterschrift**

Bestätigung der AHV-Zweigstelle

- Die vorstehenden Angaben wurden überprüft.
- Der AHV-Ausweis des Versicherten trägt die 11stellige Versichertennummer sowie den Kassenvermerk 3. Wenn nein, bitte VA oder VA-Anmeldung beilegen.

Ort und Datum **Stempel und Unterschrift**

Bearbeitungsstatus

Erfassungsschreiben