

## 1. Angaben zur Firma

Firmenname	Branche
Strasse / Nr.	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail
Handelsregistereintrag vorhanden? ja nein	Wenn ja, Handelsregisternummer / CHE-Nummer (UID)

### Rechtsform

Aktiengesellschaft      GmbH      Genossenschaft      Kommanditaktiengesellschaft  
Verein                      Stiftung      Öffentlich-rechtliche Körperschaft

## 2. Geschäftsadresse

Strasse/Nr.	PLZ Ort
Telefon	

## 3. Rechtssitzadresse (falls abweichend von Geschäftsadresse)

Strasse/Nr.	PLZ Ort
Telefon	

## 4. Weitere Adressen

<b>Drittadresse (Treuhandfirma etc.)</b>	<b>Zustelladresse</b>	
	Rechtssitzadresse	Geschäftsadresse
Name	Drittadresse	
Strasse	Telefon	
PLZ / Ort	E-Mail	

## 5. Auszahlung von allfälligen Guthaben

Kontoinhaber/in

Postkonto-Nummer

IBAN-Nummer

## 6. Beschäftigen Sie Personal?

nein ja; ab wann? \_\_\_\_\_

Wenn ja, beschäftigen Sie Grenzgänger oder Personen, die in mehreren Staaten arbeiten?    nein    ja

Höhe der geschätzten Lohnsumme pro Monat                    x12    x13    x 14

Verwaltungshonorare oder Tantiemen

Geschätzte Kinderzulagen pro Monat (bitte separate Anmeldung einreichen)

*Die erfasste Lohnsumme (ab CHF 10'000 pro Jahr) wird zur Berechnung der Akontobeiträge verwendet*

## 7. Daten der Arbeitnehmenden

Versichertennummer	Name / Vorname	Geburtsdatum	Eintrittsdatum

## 8. Obligatorische Unfallversicherung (nach UVG)

Als Arbeitgeber sind Sie verpflichtet, für alle beschäftigten Arbeitnehmenden eine Unfallversicherung abzuschliessen.

Wurde für Ihre Arbeitnehmenden eine obligatorische Unfallversicherung abgeschlossen?

Ja     Anschluss pendent

Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft  
z.B. Suva

Policen-Nummer

Nein weil:

Mitglieder von Verwaltungsräten, die für diese Tätigkeit nicht im Betrieb tätig sind;

Konkubinatspartnerinnen und -partner, die in dieser Eigenschaft AHV-beitragspflichtig sind.

*Bitte beachten Sie, dass es unter keinen Umständen genügt, wenn der Arbeitnehmende eine Unfallversicherung abgeschlossen hat. Nur der Arbeitgeber kann die Versicherungspflicht gemäss UVG erfüllen.*

## 9. Berufliche Vorsorge (nach BVG)

Sind Ihre Arbeitnehmenden (AN) einer registrierten Vorsorgeeinrichtung (VE) angeschlossen?

Ja (Bitte zwingend eine Kopie der Police beilegen)     Nein     Anschluss pendent

Name und Adresse der Vorsorgeeinrichtung

Policen-Nummer

Befreiungsgründe:

kein BVG-pflichtiges Personal beschäftigt

auf max. 3 Monate befristete Arbeitsverträge

Löhne unter Eintrittsschwelle von CHF 21'330

die AN sind nur nebenberuflich tätig (z.B. Verwaltungsrats honorare)

die AN sind im Sinn der IV zu mindestens 70% invalid

die AN sind Familienmitglieder des Betriebsinhabers in der Landwirtschaft

die AN sind nicht dauernd in der Schweiz erwerbstätig (durch die VE befreit)

## 10. Filialen

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

Name und Adresse

## 11. Berufsverband

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

Name und Adresse

## 12. LSV / DD

Haben sie Interesse an Lastschriftverfahren oder Debit Direct?      nein      ja

## 13. Bestätigung

**Der Arbeitgeber / die Arbeitgeberin erklärt,**

- dass er / sie die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt hat.  
(Unvollständige Anmeldungen führen zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.)

**Ort und Datum**

**Unterschrift**

--	--

## 14. Vollmacht

Wenn Sie z.B. Ihrem Treuhänder eine Vollmacht erteilen möchten, unterschreiben Sie bitte diese Erklärung.

Hiermit beauftrage ich als Vollmachtgeber/Vollmachtgeberin die unter Punkt 4 angegebene Drittperson, meine Interessen in Bezug auf die Beiträge und Leistungen gegenüber der SVA Aargau, in sämtlichen Angelegenheiten für die nachfolgenden Sozialversicherungen: Alters- und Hinterlassenenversicherung, Mutterschaftsentschädigung, Familienzulagen nach FamZG und in der Landwirtschaft, Erwerbsersatzordnung zu vertreten.

Ich befreie die SVA Aargau, Ausgleichskasse, von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, dem/der Bevollmächtigten Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren. Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

**Ort und Datum**

**Unterschrift Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin**

--	--

**Ort und Datum**

**Unterschrift Bevollmächtigter / Bevollmächtigte**

--	--

### SVA-Newsletter

**Informieren Sie sich schnell und direkt mit dem SVA-Newsletter über alle geplanten oder erfolgten Änderungen in der ersten Säule.**

Ich bin am elektronischen SVA-Newsletter interessiert.  
Bitte senden Sie ihn mir an meine aufgeführte E-Mailadresse.