

Verband Schweizer Coiffeurgeschäfte  
Moserstrasse 52, PF 641, 3000 Bern 22  
Tel. 031 335 17 00, [mail@coiffuresuisse.ch](mailto:mail@coiffuresuisse.ch)  
coiffuresuisse.ch

AHV- und Pensionskasse Coiffure Esthétique  
Wytttenbachstrasse 24, PF, 3000 Bern 22  
Tel. 031 340 60 80, [info113@ak34.ch](mailto:info113@ak34.ch)  
ahvpkcoiffure.ch

**Anmeldeformular für Personengesellschaften und Erfassungsbogen für die AHV-Kasse**

(Einfache Gesellschaft, Kollektiv- und Kommanditgesellschaft)

*Dem Anmeldeformular muss eine Kopie des Mietvertrages beigelegt werden!*

**Name des Geschäftes (Firmenbezeichnung)**

Rechtsform

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Drittadresse (z.B. Treuhand)

Art des Geschäftes

Damensalon

Herrensalon

gemischt

Anzahl Bedienungsplätze

Haben Sie das Geschäfts neu eröffnet?  ja

nein

Haben Sie ein bestehendes Geschäft übernommen?

ja, von: \_\_\_\_\_  nein

Datum Geschäftseröffnung bzw. -übernahme

Beschäftigen Sie Arbeitnehmende?

ja, Anzahl: \_\_\_\_\_  nein

Betreiben Sie neben dem Hauptgeschäft Filialen?

ja, Anzahl: \_\_\_\_\_  nein

Adresse, Datum Übernahme, Anz. Arbeitnehmende, Geschätzte Jahreslohnsomme:

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

Möchten Sie die Filiale/n über das Hauptgeschäft abrechnen?

ja

nein

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt ist und verpflichtet sich, nach definitiver Aufnahme bei **Coiffure Suisse**, allen Vorschriften und Beschlüssen des Zentralverbandes und der Sektion nachzuleben.

Ort und Datum

Firmenstempel und Unterschrift

**Durch die Sektion auszufüllen**

Stempel der Sektion

Ort und Datum

Zwei Unterschriften

*Der Beitritt zu Coiffure Suisse hat automatisch den Anschluss an die Verbandsausgleichskasse Coiffure & Esthétique zur Folge. Ein Kassenwechsel wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt in die Wege geleitet.*

**AHV-relevante Fragen**

Zustelladresse für Korrespondenz

Geschäftsadresse  Drittadresse

Wer ist in Ihrem Betrieb zuständig für die Beiträge der AHV?

\_\_\_\_\_

Sprache der Korrespondenz

Deutsch  Französisch  Italienisch

Teilhaber/innen / Gesellschafter/innen des Betriebes

Anzahl: \_\_\_\_\_

Name und Vorname \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AHV-Nr. / Geb. Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Privatadresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie hoch schätzen Sie das Einkommen?

CHF \_\_\_\_\_

Wie wünschen Sie die Aufteilung des Einkommens pro Teilhaber und Geschäftsjahr:

1)	CHF
2)	CHF
3)	CHF

Wie hoch schätzen Sie die auszuzahlende Lohnsumme (Brutto) der Arbeitnehmenden pro Jahr:

\_\_\_\_\_

**Zahlungsverbindung der Gesellschaft**

Bankkonto / Postkonto

Name der Bank \_\_\_\_\_

Gesellschaft \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in Teilhaber/in 1 \_\_\_\_\_

IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in Teilhaber/in 2 \_\_\_\_\_

IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in Teilhaber/in 3 \_\_\_\_\_

IBAN-Nr. \_\_\_\_\_

Lastschriftverfahren (nur für AHV-Beitragsinkasso)

ja  nein

**Familienausgleichskasse (FAK)**

Bei welcher Familienausgleichskasse haben Sie zuletzt FAK-Beiträge abgerechnet?

\_\_\_\_\_

Anzahl Arbeitnehmende mit Anspruch auf Kinder-/Ausbildungszulagen: \_\_\_\_\_

**Berufliche Vorsorge (BV)**

Wünschen Sie für sich und/oder Ihre Angestellten einen Anschluss bei der verbandseigenen Pensionskasse Coiffure & Esthétique?

ja, ich bitte um eine unverbindliche Offerte

nein, die Mitarbeitenden sind bereits BV versichert

Name der Pensionskasse \_\_\_\_\_

**Die Anschlussvereinbarung ist obligatorisch beizulegen!**

**Obligatorische Unfallversicherung (UVG)**

Name der Unfallversicherung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Police-Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

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