

Sektion (leer lassen) \_\_\_\_\_

Mitglied-Nr. (leer lassen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Mitgl.-Nr. Verband // Mitgl.-Nr. AHV-Kasse**BEITRITTSERKLÄRUNG für Kapitalgesellschaften**

(AG, GmbH, Genossenschaft)

und

**Erfassungsbogen zwecks Abklärung der Abrechnungs- und Beitragspflicht in der  
AHV/IV/EO/ALV/PK**

Name des Geschäftes (gemäss \_\_\_\_\_

Handelsregister-Eintrag \*) \_\_\_\_\_

Rechtsform \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

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

Drittadresse (z.B. Treuhand) \_\_\_\_\_

\*) HR-Auszug beilegen (obligatorisch!)

**Art des Geschäftes**

Damensalon

Herrensalon

gemischt

Anzahl Bedienungsplätze \_\_\_\_\_

Mwst-Nr. oder UID-Nr. \_\_\_\_\_

Haben Sie das Geschäft neu eröffnet?

ja

nein

→ Datum der Geschäftseröffnung: \_\_\_\_\_

Haben Sie ein bestehendes Geschäfts übernommen?

ja

nein

→ Wenn ja, von wem? \_\_\_\_\_

**Der Beitrittserklärung muss eine Kopie des Mietvertrages beigelegt werden!**

**Beschäftigen Sie Arbeitnehmer/innen?** ja nein

Wenn ja, wie viele? Anzahl Anzahl

Gelernte Coiffeusen/Coiffeure (Vollzeit)		Teilzeitbeschäftigte	
Lernende			
Andere (Praktikanten, Réceptionisten, usw.)		<b>Total</b>	

(Kopien der AHV-Versicherungsausweise beilegen bzw. Arbeitnehmer/innen anmelden!)

**Betreiben Sie neben dem Hauptgeschäft Filialen?** ja nein

Wenn ja, Anzahl und Adresse/n der Filiale(n) \_\_\_\_\_

Adresse	Datum Übernahme	Anz. Arbeitnehmer	Geschätzte Jahreslohnsumme

Bei Beschäftigung von Arbeitnehmer/innen ausserhalb des Hauptsitzes ergänzen Sie bitte die voraussichtliche Lohnsumme (brutto) pro Jahr und Filiale bei vorgenannter Frage zu den Filialen.

**Erklärung:**

Der/die Unterzeichnete bestätigt, dass das Formular wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt ist und verpflichtet sich, nach definitiver Aufnahme bei **coiffureSUISSE**, 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

\_\_\_\_\_  
2 Unterschriften

**Beilagen: gültiger Mietvertrag, HR-Auszug, Kopien aller AHV-Versicherungsausweise, ev. PK Anschlussvereinbarung**

## AHV-relevante Fragen:

<b>Zustelladresse für Korrespondenz:</b>	Geschäft	Drittadresse	
<b>Wer ist in Ihrem Betrieb zuständig für die Belange der AHV:</b>	_____		
<b>Sprache der Korrespondenz</b>	Deutsch	Französisch	Italienisch

Wie hoch schätzen Sie die auszuzahlende Lohnsumme (brutto) der Arbeitnehmer/innen pro Jahr:

Fr. \_\_\_\_\_

Wünschen Sie die AHV-Beiträge monatlich oder quartalsweise einzuzahlen?

(Bei Lohnsummen über Fr. 200'000.-- pro Jahr werden die Beiträge von Gesetzes wegen monatlich in Rechnung gestellt).

monatlich

quartalsweise

Haben Sie diesen Betrieb bereits bei einer anderen AHV-Ausgleichskasse angemeldet?

ja

nein

→ Wenn ja, Name der AHV-Ausgleichskasse:

\_\_\_\_\_

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.

<b>Zahlungsverbindung:</b>	
<b>Bankkonto</b>	
Name der Bank	_____
PLZ, Ort	_____
Kontoinhaber	_____
Konto-Nr.	_____
IBAN-Nr.	_____
Clearing-Nr.	_____
<b>Postkonto</b>	
Postkonto-Nr.	_____
Kontoinhaber	_____
<b>Lastschriftenverfahren:</b> (nur für AHV-Beitrags-Inkasso)	ja                      nein

### Familienausgleichskasse (FAK)

Bei welcher Familienausgleichskasse haben Sie zuletzt FAK-Beiträge abgerechnet? \_\_\_\_\_

→ Anzahl Arbeitnehmer/innen 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 Mitarbeiter/innen sind bereits BV-versichert:

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

**Die Anschlussvereinbarung ist obligatorisch beizulegen!**

### Obligatorische Unfallversicherung (UVG)

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

### Bemerkungen:

---

---

---

---

---