



Fragebogen zur Anmeldung eines Arbeitgebers

(Dieses Formular bitte elektronisch oder gut leserlich in Blockschrift ausfüllen und unterzeichnen)

Domiziladresse (Firmensitz):	Name	_____
	Strasse	_____
	PLZ / Ort	_____ / _____
	Sprache	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
	Telefon-/Fax-Nummer	_____ / _____
	E-Mail-Adresse:	_____
	Kontaktperson:	_____

Privatadresse	Vorname, Name	_____
	Strasse	_____
	PLZ / Ort	_____ / _____
	Soz.-Ver.-Nr. / AHV-Nr. / Geburtsdatum	_____
	Sprache	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I

Art des Betriebs/Branche: _____

Name und Ort der zuständigen AHV-
Ausgleichskasse: _____

Abrechnungsnummer der AHV: _____

Name der Vorsorgeeinrichtung
und Vertrags-Nr.: _____
(wenn bereits ein BVG-Anschluss bestand)

Wird vor dem Vertragsabschluss eine Offerte gewünscht? ja nein

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____