

- AHV/EO/EL
- Familienzulagen
- Arbeitslosenversicherung
- Invalidenversicherung

Poststrasse 9, Postfach 62, 9050 Appenzell

3

Fragebogen

zur Abklärung der Beitragspflicht AHV/IV/EO/ALV/FAK für

Bezirk _____

Register
Einschätzung
Buchhaltung

Bitte leer lassen

I	juristische Personen	
24	Gesellschaftsform (Zutreffendes bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Aktiengesellschaft <input type="checkbox"/> nur kant. Familienausgleichskasse FAK <input type="checkbox"/> Genossenschaft <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Korporation <input type="checkbox"/> Öffentlich-rechtliche Körperschaft <input type="checkbox"/> Stiftung <input type="checkbox"/> Verein	Abr.-Nr. _____ Bezeichnung Adresse Zwg. _____ Branche _____ Erf. als _____ ab _____ Eröffn. Grund Rechtsf. _____ Anrede _____
02	Name bzw. Firmenbezeichnung: _____ (max. 30 Pos.) Branche: _____ Strasse: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____ (max. 30 Pos.) _____	
03	Handelsregistereintrag SHAB-Nr. _____ vom: _____ Erfassungs-Datum: _____	
04	Sind Sie bereits einer AHV-Ausgleichskasse angeschlossen: <input type="checkbox"/> ja, bei welcher: _____ seit: _____ <input type="checkbox"/> nein	
05	Wohin können wir Ihnen Guthaben überweisen: Postcheckkonto: _____ Bankkonto – IBAN-Nr. International B ank A ccount N umber: _____ <small>(erkundigen Sie sich bitte bei Ihrer Bank)</small>	
06	An wen sind die Rechnungen, Verfügungen etc. zuzustellen: _____ _____	
25	Werden Verwaltungsrats-Entschädigungen oder Tantiemen ausbezahlt? (Zutreffendes bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
07	Wieviele Arbeitnehmer beschäftigen Sie: _____ seit: _____ monatliche Lohnsumme: _____	

08	Unterhalten Sie Filial- und Zweigbetriebe		<input type="checkbox"/> Filialen
	1.	_____ (max. 30 Pos.)	Zwg/KAK <input type="checkbox"/>
		_____ ab: _____	<input type="checkbox"/>
	2.	_____	<input type="checkbox"/>
		_____ ab: _____	<input type="checkbox"/>
	3.	_____	<input type="checkbox"/>
		_____ ab: _____	<input type="checkbox"/>
4.	_____	<input type="checkbox"/>	
	_____ ab: _____	<input type="checkbox"/>	
5.	_____	<input type="checkbox"/>	
	_____ ab: _____	<input type="checkbox"/>	
6.	_____ oder	<input type="checkbox"/>	
	_____ ab: _____ Verzeichnis	<input type="checkbox"/>	

Bemerkungen:

Dieser Fragebogen wurde wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Beilagen:

Für Sachbearbeiter der Ausgleichskasse: