



## ANMELDUNG FÜR ARBEITGEBENDE

- Aktiengesellschaft       GmbH  
 Verein                       Stiftung  
 Genossenschaft           Öffentlich-rechtliche Körperschaften

### 1. Angaben zur Gesellschaft / zum Betrieb

---

Firmenname	Branche
UID-Nummer	CHE- ____'____'____
Bisherige Ausgleichskasse	
Datum Handelsregistereintrag	

---

### 2. Geschäftsdomizil (Rechtssitz)

---

Strasse/Nummer

---

PLZ/Ort

---

### 3. Kontaktangaben

---

Kontaktperson:

Name/Vorname	Telefon-Nr.
E-Mail	Website

---

### 4. Versandadresse (Zustelladresse für Geschäftskorrespondenz)

---

- Versandadresse identisch mit Geschäftsdomizil (*Ziffer 3*)  
Allfälliger Adresszusatz/Postfach \_\_\_\_\_
- Abweichende Versandadresse (z.B. Treuhandunternehmen)

Name/Vorname	Firma
Strasse/Nummer/Postfach	
PLZ/Ort	
Telefon	E-Mail

---

## 5. Vollmacht

---

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

Hiermit ermächtigen wir als Vollmachtgebende die unter Ziffer 4 angegebene Drittperson, unsere Interessen in Bezug auf die AHV/IV/EO-Beiträge sowie Familienzulagen, EO- und Elternentschädigungen wahrzunehmen.

Somit ist die Ausgleichskasse Wirtschaft Graubünden Glarus von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht befreit und ermächtigt, der bevollmächtigten Drittperson Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren sowie ihr Mitteilungen, Verfügungen und Abrechnungen zuzustellen.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Vollmachtgeber/in \_\_\_\_\_

## 6. Zahlungsverbindung (für allfällige Rückzahlungen)

---

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

Bank- oder Postkonto \_\_\_\_\_

IBAN Nummer \_\_\_\_\_

## 7. Angaben zur Verbandszugehörigkeit

---

Welchem unserer Gründerverbände gehören Sie an?

Berufsverband	Eintrittsdatum	Mitgliedernummer	Pendent
<input type="checkbox"/> Bündner Gewerbeverband	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Handelskammer und Arbeitgeberverband Graubünden	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Glarner Wirtschaftskammer	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ohne Verband			

## 8. Angaben zum Personal

---

Beschäftigen Sie Arbeitnehmende?  Nein  
 Ja, ab (Datum) \_\_\_\_\_

Anzahl Arbeitnehmende \_\_\_\_\_

*(Als Arbeitnehmende gelten auch Geschäftsführer, Provisionsreisende, Lernende, Aushilfen und Unterakkordanten)*

Geschätzte Jahreslohnsumme (12 Monate /Brutto) \_\_\_\_\_

*(Die geschätzte Jahreslohnsumme wird zur Berechnung der Akontobeiträge verwendet. In der Lohnsumme sind auch allfällige Tantiemen, VR-Honorare und sonstige Vergütungen zu berücksichtigen.)*

## 9. Berufliche Vorsorge und Unfallversicherung

---

### BVG (Berufliche Vorsorge)

Sollten BVG-pflichtige Löhne gemäss «[Merkblatt 6.06 – Berufliche Vorsorge](#)» ausbezahlt werden, ist der Anschluss an eine Vorsorgeeinrichtung BVG obligatorisch.

Ist der Anschluss an eine registrierte Vorsorgeeinrichtung erfolgt bzw. pendent?

ja

nein

Begründung \_\_\_\_\_

Name der Vorsorgeeinrichtung \_\_\_\_\_

Adresse der Vorsorgeeinrichtung \_\_\_\_\_

Policen-Nummer \_\_\_\_\_

→ Die unterzeichnete Police/Anschlussvereinbarung ist der Anmeldung zwingend beizulegen

### UVG (Unfallversicherung)

Von Gesetzes wegen sind Sie dazu verpflichtet, Ihre Arbeitnehmenden gemäss «[Merkblatt 6.05 – Obligatorische Unfallversicherung UVG](#)» gegen Unfall zu versichern.

Ist der Anschluss an eine Unfallversicherung nach UVG erfolgt?

ja

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

Adresse der Unfallversicherung \_\_\_\_\_

Nein, kein Personal beschäftigt

## 10. Bestätigung der Arbeitgebenden bzw. der bevollmächtigten Drittpersonen

---

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben bestätigt die Arbeitgeberin, der Arbeitgeber bzw. die bevollmächtigte Drittperson.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

### Bemerkungen

---

---

---