

## Abrechnungsformular für Arbeitgeber von Freischaffenden

**www.cast-stiftung.ch**  
Kasernenstrasse 15, Postfach, 8021 Zürich

Formular bitte ausgefüllt und unterzeichnet einsenden an:

**Charles Apothéloz-Stiftung, Yolanda Schweri, Kasernenstrasse 15, Postfach, 8021 Zürich**

Arbeitgeber (Schuldner):		Firma oder Name und Adresse hier eingeben und mit Tabulatorstasten zum nächsten Feld springen				Vertrag Nr. /	
<b>Jahr:</b>	Abrechnung für	1. Quartal: <input type="checkbox"/> 1.1. – 31.3.	2. Quartal: <input type="checkbox"/> 1.4.-30.6.	3. Quartal: <input type="checkbox"/> 1.7.-30.9.	4. Quartal: <input type="checkbox"/> 1.10.-31.12.		
Sozialvers. Nummer	Name und Vorname	Geschlecht (m/w)	Geburts- Datum	Adresse	Beschäft. Dauer* von	bis	AHV-Lohn in Ab- 12 % Pensionskassen- rechnungsperiode Beitrag

\* Beschäftigungsdauer des gesamten Anstellungsverhältnisses

**Total AHV-Lohn bzw. PK Beitrag:**

Mit der Einzahlung der Pensionskassenbeiträge ist die Vorsorgepflicht des Arbeitgebers für die Personengruppe, die bei der Vorsorgeeinrichtung angemeldet ist, für das entsprechende Quartal erfüllt. (Obligatorische Versicherung gemäss Art. 11 BVG und Art. 7 Abs.2 BVV2; freiwillige Versicherung gemäss Art. 46 BVG). Mit der Unterzeichnung bestätigt der Arbeitgeber die Reglemente der Vorsorgestiftung zu akzeptieren.

Bitte überprüfen Sie, ob die betreffenden Personen bereits angemeldet und versichert sind.

**Bankverbindung für PK Beiträge:** Neue Aargauer Bank AG, Konto-Nr. 0883-1107676-51, Clearing 5881, IBAN CH80 0588 1110 7676 5100 0  
(Begünstigter: Charles Apothéloz-Stiftung, Ber. Vors. f. Kulturschaffende, 8004 Zürich)

Die Überweisungen der Beiträge haben **vierteljährlich**, spätestens bis Ende des dem Quartalsende folgenden Monats zu erfolgen. Die Beiträge des 4. Quartals müssen bis spätestens am 31. Januar des Folgejahres eintreffen, sonst können sie den versicherten Personen nicht mehr im Abrechnungsjahr gutgeschrieben werden!  
Der unterzeichnende Arbeitgeber anerkennt die oben ausgewiesenen Pensionskassenbeiträge zu schulden und verpflichtet sich diese zu bezahlen.

Das unterzeichnete Formular gilt als Schuldanererkennung im Sinne von Art. 82 SchKG.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_