

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. /

Jahr: Abrechnung für 1. Quartal: 1.1. – 31.3. 2. Quartal: 1.4.-30.6. 3. Quartal: 1.7.-30.9. 4. Quartal: 1.10.-31.12.

Sozialvers. Nummer	Name und Vorname	Geschlecht (m/w)	Geburts-Datum	Adresse	Beschäft. Dauer* von bis	AHV-Lohn in Ab- rechnungsperiode	12 % Pensionskassen- 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.

Postcheckkonto für PK Beiträge: AXA Leben, 8401 Winterthur, Konto 85-785090-6, zu Gunsten Vertragskonto 600113.12124, IBAN CH74 0900 0000 8578 5090 6

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: _____