

Abrechnungsformular für Selbstständigerwerbende

Vorsorgestiftung Film und Audiovision
Fondation de Prévoyance Film et Audiovision



www.vfa-fpa.ch

Formular bitte ausgefüllt und unterzeichnet einsenden an:

vorsorgestiftung film und audiovision, zH. Durchführung und Inkasso, Postfach 300, 8401 Winterthur, Tel. 058 215 31 28

Versicherter (Schuldner):	Name/Vorname und Adresse hier eingeben und mit Tabulatortasten zum nächsten Feld springen				Vertrag Nr.	/
Jahr:	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	Produktions-Nr. oder Stichwort	Beschäft.Dauer* Woche		Monat	AHV-Lohn	12 % Pensionskassen- Beitrag

* Beschäftigungsdauer für den im Feld AHV-Lohn angegebenen Lohn auf Wochen gerundet (im Minimum 1 Woche)

Total AHV-Lohn bzw. PK Beitrag:

Mit der Einzahlung der Pensionskassenbeiträge ist die Beitragspflicht des Versicherten für das entsprechende Quartal erfüllt (freiwillige Versicherung gemäss Art. 44 BVG). Mit der Unterzeichnung bestätigt der Versicherte die Reglemente der Vorsorgestiftung zu akzeptieren.

Bankverbindung für PK Beiträge: Credit Suisse, Postfach, 8070 Zürich, PC-Konto 80-500-4, Konto-Nr. 704635-11, Clearing 4835, IBAN CH86 0483 5070 4635 1100 0 (Begünstigter: vfa vorsorgestiftung film und audiovision, Heinrichstrasse 147, 8005 Zürich)

Die Beiträge sind spätestens 30 Tage nach Ablauf des jeweiligen Quartals zu leisten. Der Unterzeichnende anerkennt den oben ausgewiesenen Pensionskassenbeitrag zu schulden und verpflichtet sich diesen zu bezahlen.

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

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____