

Abrechnungsformular für Arbeitgeber von Freischaffenden

Formular bitte ausgefüllt und unterzeichnet einsenden an:

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

Arbeitgeber (Schuldner): Firma oder Name und Adresse hier eingeben und mit Tabulatortasten 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)	Geburtsdatum	Adresse	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 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: 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 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 Schuldanerkennung im Sinne von Art. 82 SchKG.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____