Abrechnungsformular für Selbstständigerwerbende

Vorsorgestiftung Film und Audiovision
Fondation de Prévoyance Film et Audiovision
vfa fpa
www.vfa-fpa.ch

Formular bitte ausgefüllt und unterzeichnet einsenden an:
Vorsorgestiftung Film und Audiovision, c/o Allvisa Services AG, Postfach, 8027 Zürich, Tel. 052 208 92 84

Reset

Versicherter (Schuldner) ist zwingend einzugeben!

Versicherter (Schuldner): **Vertrag Nr.** 0 / 105123

Jahr: 2025 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	Produktions-Nr. oder Stichwort	Beschäft.Dauer* Woche	Monat	AHV-Lohn	12 % Pensionskassen-Beitrag
					0.00
					0.00
					0.00
					0.00
					0.00
					0.00
					0.00
					0.00
					0.00
					0.00
					0.00

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

Total AHV-Lohn bzw. PK Beitrag: 0.00 0.00

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: UBS Switzerland AG,Uetlibergstrasse 231, 8045 Zürich, IBAN CH74 0023 0230 9042 1301 B
(Begünstigter: vfa vorsorgestiftung film und audiovision, Stallikerstrasse 1a, 8906 Bonstetten)

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.

Dieses Abrechnungsformular gilt gleichzeitig als Rechnung

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____