

Abrechnungsformular für Arbeitgeber von Freischaffenden

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, c/o Allvisa Services AG, Postfach, 8027 Zürich, Tel. 052 208 92 84

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)	Geburts- datum	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: 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 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: _____