

Rücksenden an:

AHV-Kasse Coiffure & Esthétique  
Wytttenbachstrasse 24  
3000 Bern 22

AHV-Kasse Coiffure & Esthétique  
Wytttenbachstrasse 24  
3000 Bern 22

### Rekapitulation der Lohnmeldung 2019

Diese Rekapitulation stellt die verbindliche Basis für den Jahresausgleich dar. Sie muss uns zusammen mit der detaillierten Lohnmeldung auf der Rückseite dieses Schreibens oder mit separater Computerliste eingereicht werden.

**Kein AHV-pflichtiges Personal** Wir erklären, im Jahre 2019 keine Saläre, Löhne, VR-Honorare oder andere AHV-pflichtigen Entgelte ausbezahlt zu haben. In diesem Fall bitte datieren und unterschreiben.

	Lohnsummen 2019	Voraussichtliche Lohnsummen 2020
Beiträge AHV/IV/EO	_____	_____
Beiträge ALV	_____	_____
Beiträge ALV 2	_____	_____

### Ist das gesamte BVG-pflichtige Personal einer Vorsorgeeinrichtung gemäss BVG angeschlossen?

Die Ausgleichskassen sind verpflichtet, diese Kontrolle jährlich durchzuführen. Bitte korrigieren Sie, falls nötig, die vorgedruckten Informationen.

**JA :**

.....  
Name und Ort der aktuellen Vorsorgeeinrichtung

.....  
Policen-Nr.

**NEIN, weil (Mehrfachnennung möglich):**

- kein BVG-pflichtiges Personal beschäftigt wird;
- die einzelnen Löhne **nicht über Eintrittsschwelle** von CHF 21330.00/Jahr bzw. CHF 1777.50/Monat liegen;
- auf max. 3 Monate **befristete** Arbeitsverträge bestehen;
- die Arbeitnehmenden nur **nebenberuflich** tätig sind;
- die Arbeitnehmenden im Sinn der IV zu mindestens 70% **invalid** sind;
- die Arbeitnehmenden **Familienmitglieder des Betriebsinhabers** in der Landwirtschaft sind;
- die Arbeitnehmenden **nicht dauernd in der Schweiz erwerbstätig** und durch die Vorsorgeeinrichtung befreit sind.

### Wo haben Sie für Ihr Personal eine Unfallversicherung gemäss UVG abgeschlossen?

Ausgleichskassen sind verpflichtet, diese Kontrolle jährlich durchzuführen. Wir bitten Sie deshalb um die Beantwortung dieser Frage:

.....  
Versicherer

.....  
Policen-Nr.

Ich erkläre, die Beitragsabrechnung gemäss der Gesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung ausgefüllt zu haben und bestätige mit der Unterschrift die Korrektheit der Angaben:

.....  
Ort und Datum

.....  
Stempel und Unterschrift

.....  
Kontaktperson, Telefon-Nr.

.....  
Mitgliedernummer:

