caisse
cantonale neuchâteloise
de compensation

adresse
fbg de l'hôpital 28
case postale 2116
2001 neuchâtel

téléphone
032 889 65 01
e-mail
ccnc@ne.ch

fax
032 889 65 02
web
www.caisseavsne.ch

ANMELDUNG FÜR HAUSPERSONAL

- Das Formular kann online ausgefüllt werden und die bereits erfassten Daten können abgespeichert werden.
- Bitte nur die entsprechenden Felder ausfüllen.
- Alle mit * markierten Felder sind Pflichtfelder.

ARBEITGEBER

Name _____ * Strasse und Nr. _____

Postfach _____ PLZ und Ort _____ *

Telefonnummer _____ * e-Mail _____

Art der Tätigkeit Ihres/Ihrer Mitarbeiter/s _____ *

DRITTADRESSE (TREUHAND, USW.)

Name _____ Strasse und Nr. _____

Postfach _____ PLZ und Ort _____

KORRESPONDENZADRESSE

Adresse für die Zustellung der Korrespondenz

☐ Adresse des Arbeitgebers ☐ Drittadresse

ZAHLUNGSADRESSE

Kontoinhaber _____ * IBAN-Nr. _____ *

Finanzinstitut _____ * PLZ und Ort _____ *

PERSONAL

Seit wann beschäftigen Sie Arbeitnehmer? _____ *

AHV-Nummer, Name, Vorname, Geburtsdatum und Eintrittsdatum Ihres(Ihrer) Mitarbeiter

_____ *

_____

_____

Jährliche ausbezahlte Lohnsumme in CHF _____ *

UVG-Versicherung _____ *

BVG-Versicherung _____

(Bitte fügen Sie eine Kopie der UVG- und BVG-Versicherungspolicen bei, falls bereits vorhanden)

BEMERKUNG(EN)

_____

_____

_____

_____

UNTERSCHRIFT

Dieser letzte Teil ist von Hand auszufüllen und das vollständige Formular muss anschliessend per Post gesendet werden.

Das Formular wurde vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Ort und Datum : _____ *

Stempel und Unterschrift : _____ *