

Mitglied:

Abrechnungs-Nummer:

Jahresabrechnung im vereinfachten Verfahren

1 Versicherten-Nummer	Geburtsdatum	Geschlecht	6 Beitragsdauer von	bis
2 Name/Vorname		5 VG	7 AHV/IV/EO-Lohnsumme	
3 Strasse			7a) Quellensteuerpflichtiger Lohn	
4 PLZ / Ort				

1 Versicherten-Nummer	Geburtsdatum	Geschlecht	6 Beitragsdauer von	bis
2 Name/Vorname		5 VG	7 AHV/IV/EO-Lohnsumme	
3 Strasse			7a) Quellensteuerpflichtiger Lohn	
4 PLZ / Ort				

1 Versicherten-Nummer	Geburtsdatum	Geschlecht	6 Beitragsdauer von	bis
2 Name/Vorname		5 VG	7 AHV/IV/EO-Lohnsumme	
3 Strasse			7a) Quellensteuerpflichtiger Lohn	
4 PLZ / Ort				

1 Versicherten-Nummer	Geburtsdatum	Geschlecht	6 Beitragsdauer von	bis
2 Name/Vorname		5 VG	7 AHV/IV/EO-Lohnsumme	
3 Strasse			7a) Quellensteuerpflichtiger Lohn	
4 PLZ / Ort				

1 Versicherten-Nummer	Geburtsdatum	Geschlecht	6 Beitragsdauer von	bis
2 Name/Vorname		5 VG	7 AHV/IV/EO-Lohnsumme	
3 Strasse			7a) Quellensteuerpflichtiger Lohn	
4 PLZ / Ort				

1 Versicherten-Nummer	Geburtsdatum	Geschlecht	6 Beitragsdauer von	bis
2 Name/Vorname		5 VG	7 AHV/IV/EO-Lohnsumme	
3 Strasse			7a) Quellensteuerpflichtiger Lohn	
4 PLZ / Ort				

Periode: _____

Total Lohnsummen

8 AHV/IV/EO-Lohnsumme	8a) Quellensteuerpflichtiger Lohn	9 FLG-Lohnsumme
10 FAK-Lohnsumme	11 ALV-Lohnsumme	

Ich/wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Jahresabrechnung.

Kontaktperson _____ Datum _____
 Telefonnummer _____
 Email-Adresse _____ Unterschrift _____