



BEWILLIGUNGSANTRAG FÜR DIE DURCHFÜHRUNG DER MUTTERSCHAFTSVERSICHERUNG DES KANTONS GENÈVE

Ausgleichskasse:		
Beginn der Anwendung:		
Adresse:		
Kontakt Korrespondenz (Beitragssatz usw.):	Name, Vorname:	Funktion:
	Telefon:	E-Mail:
Kontakt Buchhaltung	Name, Vorname:	Funktion:
	Telefon:	E-Mail:
Abrechnungsmodus	<input type="checkbox"/> Betriebsrechnung	<input type="checkbox"/> Einkommensrechnung
Periodizität der Kompensationsabrechnung:	<input type="checkbox"/> 1 Monat	<input type="checkbox"/> 3 Monate
	<input type="checkbox"/> 6 Monate	<input type="checkbox"/> 12 Monate
Bank und IBAN:		
Kontakt und Adresse Revisionsstelle:		



Formular **spätestens drei Monate vor Beginn der Anwendung** zurück an: Fonds cantonal de compensation de l'assurance maternité, Route des Acacias 78–82, Postfach 1253, 1211 Genf 26

Wir bitten Sie, zusammen mit diesem Formular die Bewilligung des Bundesamts für Sozialversicherungen zur Durchführung der Mutterschaftsversicherung des Kantons Genf als kollektiv übertragene Aufgabe einzureichen.

Ort, Datum:

Name, Vorname:

Unterschrift: