

**Bitte ausgefüllt  
zurücksenden an:**

Sozialversicherungszentrum Thurgau  
Postfach  
8501 Frauenfeld

Abrechnungs-Nr.:  
Arbeitgeber:

**Lohndeklaration im vereinfachten Verfahren 2021:  
Unsere Rückmeldung**

Sie erhalten die Lohndeklaration für das Jahr 2021. Wir haben sie vollständig ausgefüllt und bestätigen die Angaben mit der **Unterschrift auf der Rückseite**.

**Lohnauszahlung**

- Wir haben im Jahr 2021 beitragspflichtige Löhne ausbezahlt.
- Wir haben im Jahr 2021 keine beitragspflichtigen Löhne ausbezahlt.
- Im Folgejahr werden wir keine beitragspflichtigen Löhne auszahlen. Bitte löschen Sie unser Abrechnungskonto ab 2022. Wir informieren Sie, sobald wir wieder Löhne auszahlen.

**Unfallversicherung (UVG)**

Wir haben die obligatorische Unfallversicherung bei folgender Gesellschaft abgeschlossen:

\_\_\_\_\_  
Name der Unfallversicherung

**Zahlungsverbindung für Rückzahlungen**

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber / Kontoinhaberin

CH \_\_\_\_\_  
IBAN

**Kontaktperson bei Rückfragen**

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mitarbeitende** (in alphabetischer Reihenfolge)

1 Name		5 Versicherten-Nummer		10 Beitragspflichtige Lohnsumme CHF	11 Steuerpflichtiger Lohn CHF
2 Vorname		6 Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)			
3 Strasse, Hausnummer		7 VG	8 m / w		
4 PLZ Ort	4a Kanton	9 Beitragsdauer von bis			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9 —			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9 —			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9 —			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9 —			
1		5 756. . . .		10	11
2		6			
3		7	8		
4	4a	9 —			

**Total Lohnsummen in CHF**

Periode	12 AHV/IV/EO-pflichtig	13 FAK / FLG-pflichtig	14 ALV-pflichtig	15 Steuerpflichtig
01.–12.2021				

Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Lohndeklaration (bitte ankreuzen). Die Hinweise zum massgebenden Lohn im Merkblatt 2.01 ([www.ahv-iv.ch](http://www.ahv-iv.ch)) haben wir berücksichtigt.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin