

Antrag Eröffnung Kapitaleinzahlungskonto

Name der Gesellschaft	_____
Adresse	_____
Sitz/Domizil	_____
Ansprechperson	_____
Telefon/Mail/Website	_____

Um das Geschäftsmodell Ihres Unternehmens zu verstehen, teilen Sie uns bitte folgende Informationen mit.

Tätigkeit des Unternehmens	_____
Produkte/Dienstleistungen/ Absatzmärkte (nach Ländern)	_____
Hauptabnehmer/Kunden	_____
Hauptlieferanten	_____
Mitbewerber/ Substitutionsprodukte	_____
Geplanter Umsatz	_____
Anzahl Mitarbeitende	_____
Dokumente (sofern verfügbar)	<input type="checkbox"/> Firmenbroschüre <input type="checkbox"/> Budget der Jahresrechnung <input type="checkbox"/> Businessplan <input type="checkbox"/> Organigramm <input type="checkbox"/> Mietvertrag

Einzahlung/Erhöhung

Bitte zutreffendes ankreuzen

<input type="checkbox"/> Aktienkapitaleinzahlung (Gründung AG)	<input type="checkbox"/> Stammkapitaleinzahlung (Gründung GmbH)
<input type="checkbox"/> Aktienkapitalerhöhung	<input type="checkbox"/> Stammkapitalerhöhung
<input type="checkbox"/> Gründungskapital	
<input type="checkbox"/> Volliberierung	CHF
<input type="checkbox"/> Teilliberierung	CHF in %
<input type="checkbox"/> Nachliberierung	CHF in %
<input type="checkbox"/> Kapitalerhöhung	von CHF

Einzahler/in

Name, Vorname, Adresse, Domizil	Betrag in CHF	Anzahl Aktien	à nominal CHF
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Zustellung

Die Korrespondenz sowie Kapitaleinzahlungs-Bestätigung sind zu senden an:

Anzahl gewünschte Kapitaleinzahlungs-Bestätigungen: _____

Express-Zustellung* (innert 1 Arbeitstag): _____

ja

nein

Wirtschaftlich Berechtigte/r

Name, Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Adresse, Domizil

Name, Vorname	Geburtsdatum	Nationalität	Adresse, Domizil
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Vergütung des Kapitals

Das Kapital ist nach erfolgter Freigabe wie folgt zu vergüten:

auf ein neu zu eröffnendes Geschäftskonto bei der Zuger Kantonalbank

auf das Geschäftskonto bei der Zuger Kantonalbank Nr. _____

Berufliche Vorsorge / Kranken- und Unfalltaggeldversicherung

Wir benötigen eine Personal-Vorsorgelösung und möchten uns gerne beraten lassen.

Ansprechperson _____

Telefonnummer _____

Antragsteller/in

Name, Vorname _____

Gesellschaft _____

Adresse, Domizil _____

Telefon _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Antragsteller/in _____

Gebühren

Kommission 0,5 Promille, mindestens CHF 300.00 zzgl. MwSt.

* Express-Zuschlag: CHF 100.00 zzgl. MwSt.

Sonderzuschläge werden nach Aufwand verrechnet, mindestens CHF 100.00 zzgl. MwSt. (bspw. für nachträgliche Namensanpassungen, hohe Compliance Abklärungen)

Bitte senden Sie dieses Formular ergänzt und unterzeichnet zusammen mit einer beglaubigten Ausweiskopie des Antragstellers an:

Zuger Kantonalbank
Firmenkunden PD17
Bahnhofstrasse 1, Postfach
6301 Zug