

# ANMELDUNG PENSIONS- KASSE (BVG) ARBEITGEBER

## Angaben zur Firma

Firmenname: \_\_\_\_\_

Rechtsform:  Aktiengesellschaft  Gesellschaft mit beschränkter Haftung  
 Genossenschaft  Kommanditaktiengesellschaft  
 Verein  Stiftung  
 Öffentlich-rechtliche Körperschaft

UID-Nummer: C H E - . . . . .

Datum Handelsregistereintrag/Gründungsdatum: \_\_\_\_\_

Datum Betriebseröffnung: \_\_\_\_\_

Branche: \_\_\_\_\_

Bisheriger Inhaber: \_\_\_\_\_

Korrespondenzsprache:  Deutsch  Französisch  Italienisch

## Geschäftsadresse

Betriebsname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nummer: \_\_\_\_\_

Postfach: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Website: \_\_\_\_\_

## Kontaktperson

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefon Direktwahl: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Abweichende Zustelladresse für Geschäftskorrespondenz (bei Drittperson/en bitte Vollmacht beilegen)

Firmenname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nummer: \_\_\_\_\_

Postfach: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Auszahlungsadresse

IBAN: C H . . . . .

## Angaben zur Verbandszugehörigkeit

Sind Sie schon Mitglied von GastroSuisse?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Mitgliedernummer angeben: \_\_\_\_\_

Wenn nein, wollen Sie Mitglied bei GastroSuisse werden?

Ja  Nein

## Filialen

Betreiben Sie weitere Filialen?

Ja  Nein

## Arbeitnehmende

Personal seit:	Anzahl Arbeitnehmende:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:
Name, Vorname Arbeitnehmer/in:	Geburtsdatum:

Bezieht eine der zu versichernden Personen Leistungen der Invaliden-, Militär- oder Unfallversicherung, einer Pensionskasse oder sind Anträge gestellt?

Ja  Nein

Wenn Sie einen Saisonbetrieb führen, geben Sie bitte die entsprechenden Zeitspannen an:

Sommersaison (von – bis): \_\_\_\_\_ Wintersaison (von – bis): \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits einer Ausgleichskasse (AHV) angeschlossen?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Name der Ausgleichskasse angeben:

Sind Sie für Ihre Mitarbeitenden einer Pensionskasse (PK) angeschlossen?

Ja  Nein

Wenn ja, bitte Kopie Kündigungsbestätigung der bisherigen Pensionskasse beilegen.

## Lohnprogramm

Haben Sie ein Lohnprogramm im Einsatz?

Ja  Nein

Wenn ja, welches?  Abacus  Crésus  anderes

## Einzureichende Beilagen

- Kopie Kündigungsbestätigung der bisherigen Pensionskasse (falls Kassenwechsel erfolgt)
- Kopie Gründungsurkunde (Vereinsstatuten)
- Anschlussvereinbarung GastroSocial

Bemerkungen:

---



---



---

## Allgemein

- Eine Verletzung der Anzeigepflicht oder unwahre Angaben berechtigen die GastroSocial Pensionskasse zum Rücktritt aus der Versicherung.
- Die GastroSocial Pensionskasse behält sich vor, die Aufnahme zu den reglementarischen Bedingungen aufgrund eines ärztlichen Untersuchungsberichts zu prüfen.
- Die GastroSocial Pensionskasse behält sich das Recht vor, einen Versicherungsabschluss zu verweigern.

Ich erkläre hiermit, alle Fragen auf diesem Anmeldeformular wahrheitsgetreu und vollständig beantwortet zu haben und von den unter «Allgemein» aufgeführten Punkten Kenntnis genommen zu haben.

---

**Ort und Datum**

**Stempel und rechtsgültige Unterschrift**

---

**Ort und Datum**

**Stempel und rechtsgültige Unterschrift**

**Unvollständige Anmeldeunterlagen führen zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.**

Bitte unterzeichnen und an GastroSocial einsenden.