

## Anmeldung Pensionskasse (BVG) Einzelfirma

### Geschäftsadresse

**UID-Nummer:**

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

**C H E -**

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

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

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

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

Fax: \_\_\_\_\_

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

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

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

Führen Sie einen landwirtschaftlichen Betrieb?

 Ja

 Nein

Selbstständige Tätigkeit:

 Haupterwerb

 Nebenerwerb

Korrespondenzsprache:

 Deutsch

 Französisch

 Italienisch

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

Datum Betriebseröffnung: \_\_\_\_\_

### Wohnsitz (Steuerdomizil) Geschäftsinhaber/in

Familienname(n): \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

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

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

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

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

### Zustelladresse für Geschäftskorrespondenz

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

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

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

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

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

Fax: \_\_\_\_\_



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.

### **Einzureichende Beilagen**

- Kopie Kündigungsbestätigung der bisherigen Pensionskasse (falls Kassenwechsel erfolgt)
- Kopie Handelsregisterauszug
- 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**

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

Bitte unterzeichnen und an GastroSocial einsenden.