

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

1. Personalien Gesellschafter/in und Wohnsitz (Steuerdomizil)

Familiennamen(n): _____

Vorname(n):	Geburtsdatum:
Strasse, Nummer:	PLZ, Ort:
Telefon:	E-Mail:

AHV-Nummer: 7 | 5 | 6 | . | | | | . | | | | . | | | |

Selbstständige Tätigkeit: Haupterwerb Nebenerwerb

2. Personalien Gesellschafter/in und Wohnsitz (Steuerdomizil)

Familiennamen(n): _____

Vorname(n):	Geburtsdatum:
Strasse, Nummer:	PLZ, Ort:
Telefon:	E-Mail:

AHV-Nummer: 7 | 5 | 6 | . | | | | . | | | | . | | | |

Selbstständige Tätigkeit: Haupterwerb Nebenerwerb

3. Personalien Gesellschafter/in und Wohnsitz (Steuerdomizil)

Familiennamen(n): _____

Vorname(n):	Geburtsdatum:
Strasse, Nummer:	PLZ, Ort:
Telefon:	E-Mail:

AHV-Nummer: 7 | 5 | 6 | . | | | | . | | | | . | | | |

Selbstständige Tätigkeit: Haupterwerb Nebenerwerb

Einzureichende Beilagen

- Kopie Kündigungsbestätigung der bisherigen Pensionskasse (falls Kassenwechsel erfolgt)
- 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 (Gesellschafter 1)

Ort und Datum

Stempel und rechtsgültige Unterschrift (Gesellschafter 2)

Ort und Datum

Stempel und rechtsgültige Unterschrift (Gesellschafter 3)

Unvollständige Anmeldeunterlagen führen zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.

Bitte unterzeichnen und an GastroSocial einsenden.