

Anmeldung Pensionskasse (BVG) Personengesellschaft

Angaben zur Gesellschaft

Name der Gesellschaft: _____

Rechtsform: Einfache Gesellschaft Kommanditgesellschaft
 Kollektivgesellschaft Erbgemeinschaft

Datum Handelsregistereintrag/Gründungsdatum: _____

UID-Nummer:

Datum Betriebseröffnung: _____

C H E -
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Branche: _____

Bisheriger Inhaber: _____

Korrespondenzsprache: Deutsch Französisch Italienisch

Geschäftsadresse

Betriebsname: _____

Strasse, Nummer: _____

Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Website: _____

Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Telefon Direktwahl: _____

E-Mail: _____

Zustelladresse für Geschäftskorrespondenz

Firmenname: _____

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____

Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Auszahlungsadresse

IBAN-Nummer:

Wenn die IBAN-Nummer nicht bekannt ist, bitte nachfolgende Informationen angeben:

Postkonto: _____

Name der Bank: _____

Clearing-Nr.: _____

Bankkonto: _____

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: _____

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.

1. Personalien Gesellschafter/in und Wohnsitz (Steuerdomizil)

Familienname(n): _____

Vorname(n): _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Selbstständige Tätigkeit:

Haupterwerb

Nebenerwerb

2. Personalien Gesellschafter/in und Wohnsitz (Steuerdomizil)

Familienname(n): _____

Vorname(n): _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Selbstständige Tätigkeit:

Haupterwerb

Nebenerwerb

3. Personalien Gesellschafter/in und Wohnsitz (Steuerdomizil)

Familienname(n): _____

Vorname(n): _____

Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Selbstständige Tätigkeit:

Haupterwerb

Nebenerwerb

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 (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.