

Anmeldung Einzelfirma/Selbstständigerwerbende – Ausgleichskasse

Angaben zur Einzelfirma

UID-Nummer:

Name: _____

C H E -

Datum Erwerbsaufnahme: _____

Branche: _____

Handelt es sich um einen landwirtschaftlichen Betrieb?

Ja Nein

Bisheriger Inhaber: _____

Korrespondenzsprache:

Deutsch Französisch Italienisch

Gewünschte Versicherungen/Dienstleistungen (gilt nicht als Antrag)

GastroSocial Pensionskasse (2. Säule):

Ja Nein

Krankentaggeldversicherung (SWICA):

Ja Nein

Unfallversicherung (SWICA):

Ja Nein

Sind Sie an den Dienstleistungen von Gastroconsult (Treuhand, Prüfung, Beratung) interessiert?

Ja Nein

Angaben zum Betrieb

Betriebsname: _____

Strasse, Nummer: _____

Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Website: _____

Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Telefon Direktwahl: _____

E-Mail: _____

Abweichende Zustelladresse für Geschäftskorrespondenz

Firmenname, Name, Vorname: _____

Adresszusatz: _____

Strasse, Nummer: _____

Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Auszahlungsadresse

IBAN-Nummer:

Angaben zur Verbandszugehörigkeit

Für den Anschluss an die GastroSocial Ausgleichskasse ist die Mitgliedschaft beim Berufsverband GastroSuisse obligatorisch (AHVG Art. 64, Abs. 1).

Sind Sie schon Mitglied von GastroSuisse? Ja Nein

Wenn ja, bitte Mitgliedernummer angeben: _____

Wenn nein, wollen Sie Mitglied bei GastroSuisse werden? (siehe separater Mitgliederantrag) Ja Nein

Filialen

Betreiben Sie weitere Filialen? Ja Nein

Arbeitnehmende

Beschäftigen Sie Personal? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Arbeitnehmende? _____

Beschäftigen Sie Arbeitnehmende, die eine weitere Erwerbstätigkeit im Ausland ausüben? Ja Nein

Beschäftigen Sie Arbeitnehmende in Ihrem Privathaushalt? Ja Nein

Falls ja, bei welcher Ausgleichskasse wird das Personal abgerechnet? _____

Falls Sie Arbeitnehmende beschäftigen, sind nachfolgende Informationen anzugeben:

AHV-pflichtige Löhne ab (Datum): _____

Mutmassliche AHV-Bruttolohnsumme pro Monat (inkl. Anteil 13. Monatslohn): _____

Gestützt auf diese Angaben ermitteln wir die Höhe der Akontobeiträge.

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 bereits einer Familienausgleichskasse (FAK) angeschlossen? Ja Nein

Wenn ja, bitte Name der Familienausgleichskasse angeben: _____

Familienzulagen

Falls Sie Arbeitnehmende beschäftigen, benötigen wir die folgenden Angaben:

Voraussichtlich auszurichtende Familienzulagen pro Monat: _____

Anzahl Arbeitnehmende mit Kindern oder Jugendlichen in Ausbildung: _____

Berufliche Vorsorge (BVG)

Falls Sie Arbeitnehmende (AN) beschäftigen, benötigen wir die folgenden Angaben:

Sind Ihre Arbeitnehmenden einer Pensionskasse angeschlossen?

Ja Nein

Wenn ja:

Name der Pensionskasse:

Adresse der Pensionskasse:

Policen-Nummer (bitte Kopie der Anschlussvereinbarung beilegen):

Falls Sie von der BVG-Pflicht befreit sind, bitten wir Sie den Grund zu markieren.

- Kein BVG-pflichtiges Personal beschäftigt
- Löhne unter Eintrittsschwelle (CHF 21'510.-/Jahr bzw. CHF 1'792.50/Monat)
- Auf max. 3 Monate befristete Arbeitsverträge
- Die AN sind nur nebenberuflich tätig (z.B. Verwaltungsrats honorare)
- Die AN sind im Sinn der IV zu mindestens 70 % invalid
- Die AN sind Familienmitglieder des Betriebsinhabers in der Landwirtschaft
- Die AN sind nicht dauernd in der Schweiz erwerbstätig (durch die Pensionskasse befreit)

LSV/Debit Direct

Haben Sie Interesse, Ihre Rechnungen via LSV oder Debit Direct zu bezahlen?

Ja Nein

Lohnprogramm miruSocial

Haben Sie Interesse an unserem Online-Lohnprogramm?

Ja Nein

E-Mail:

PartnerWeb-Connect

Name, Vorname:

Mobile Nummer:

E-Mail:

Angaben Selbständigerwerbende

Personalien Geschäftsinhaber/in

Familiename(n): _____

Vorname(n): _____

Titel: _____

Nationalität: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Geschlecht: Mann Frau

Aktueller Zivilstand: Ledig
 Verheiratet
 Eingetragene Partnerschaft
 Getrennt
 Geschieden
 Verwitwet

Seit: _____

Personalien Ehepartner/in oder eingetragene/r Partner/in

Familiename(n): _____

Vorname(n): _____

Nationalität: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Geschlecht: Mann Frau

Mitarbeitend im Betrieb? Ja Nein

Wohnsitz (Steuerdomizil)

Adresszusatz: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Angaben zur selbstständigen Erwerbstätigkeit

Selbstständig seit:

Selbstständige Tätigkeit im

 Haupterwerb

 Nebenerwerb

Falls im Nebenerwerb: Üben Sie eine andere Tätigkeit aus als:

 Angestellte/r

 Selbstständigerwerbende/r

Wenn im Angestelltenverhältnis Name der Firma angeben:

Abgrenzungskriterien selbstständige Erwerbstätigkeit

(gemäss Wegleitung über den massgebenden Lohn in der AHV, IV, EO)

Haben Sie Geschäftsräumlichkeiten oder Betriebsstätten (nicht eigene Wohnung)?

 Miete

 Pacht

 Eigentum

Kopie Miet-, Pacht- oder Kaufvertrag beilegen

Haben Sie branchenübliche Einrichtungen und Maschinen?

 Ja

 Nein

Haben Sie grössere Investitionen getätigt und besitzen Sie bedeutende Betriebsmittel:
z.B. Büroinfrastruktur (PC, spezielle Programme, Fax u.a.), sonstige Anschaffungen?

 Ja

 Nein

Kopien beilegen

Beschaffen Sie Ihr Material auf eigene Rechnung?

 Ja

 Nein

Besitzen Sie Auftragsvereinbarungen oder Zusammenarbeitsverträge oder haben Sie Offerten geschickt?

 Ja

 Nein

Kopien beilegen

Treten Sie gegenüber Ihrer Kundschaft in eigenem Namen auf?

 Ja

 Nein

Wenn nein, in wessen Namen?

Tragen Sie das Risiko über Gewinn oder Verlust selber?

 Ja

 Nein

Wenn nein, wer trägt das Risiko?

Beschäftigen Sie Personal?

 Ja

 Nein

Wenn nein, haben Sie die Entscheidungsfreiheit, Personal anzustellen?

 Ja

 Nein

Fällen Sie Geschäftsentscheide selber?

 Ja

 Nein

Welchen Weisungen sind Sie unterworfen?

 Präsenzpflcht

 persönliche Erfüllungspflicht

 Arbeitsrapporte

 keine

 andere:

Von wem erhalten Sie Ihre Einnahmen?

 Gäste/Kunden

 Auftraggeber, wer:

 Arbeitgeber, wer:

Beschreiben Sie kurz Ihre Tätigkeit:

Die zuständige Ausgleichskasse beurteilt im Einzelfall, ob eine versicherte Person im Sinne der AHV als selbstständigerwerbend zu betrachten ist.

Erwerbseinkommen und Eigenkapital

Wie hoch schätzen Sie Ihr selbstständiges Erwerbseinkommen (nach Abzug Unkosten)?

Voraussichtliches Erwerbseinkommen im laufenden Jahr:

Periode (von – bis):

Für zurückliegende Jahre bitten wir Sie, die entsprechenden Einkommensdeklarationen und Geschäftsabschlüsse beizulegen.

Im Geschäft investiertes Eigenkapital:

Üben Sie im Ausland eine Erwerbstätigkeit aus?

Ja Nein

Wenn ja, als:

Arbeitnehmer

Selbstständigerwerbende/r

in welchem Land:

Bemerkungen:

Einzureichende Beilagen:

- Kopie Handelsregisterauszug
- **Kopie Miet-/Pacht-/Kaufvertrag (zwingend)**

Bestätigung

Ich bestätige, die Anmeldung vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die GastroSocial Ausgleichskasse offene Forderungen mit einem allfälligen Guthaben bei der GastroSocial Pensionskasse verrechnet, sofern der Betrieb bei dieser Pensionskasse versichert ist.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass die GastroSocial Ausgleichskasse und die GastroSocial Pensionskasse Daten bezüglich des Betriebs und der versicherten Arbeitnehmer – soweit diese für die Beitragsfestsetzung und die Leistungserbringung relevant sind – austauschen.

Ort und Datum

Stempel und rechtsgültige Unterschrift

Unvollständige Anmeldeunterlagen führen zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.

Bitte unterzeichnen und an GastroSocial einsenden.