

## Anmeldung Einzelfirma/Selbstständigerwerbende

---

### 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

### Geschäftsadresse (Standort des Betriebs)

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

Anzahl 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 21'330.-/Jahr bzw. CHF 1'777.50/Monat)
- Auf max. 3 Monate befristete Arbeitsverträge
- Die AN sind nur nebenberuflich tätig (z.B. Verwaltungsratsgehälter)
- 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**

Name, Vorname:

Mobile Nummer:

E-Mail:

## Angaben Selbstständigerwerbende

---

### 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.