

Anmeldung Personengesellschaft

Angaben zur Gesellschaft

Name der Gesellschaft: _____

Rechtsform: Einfache Gesellschaft Kommanditgesellschaft
 Kollektivgesellschaft Erbengemeinschaft

Gründungsdatum: _____

UID-Nummer:

Branche: _____

C H E -

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: _____

Telefon: _____

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

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. Verwaltungsratshonorare)
- 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: _____

Einzureichende Beilagen

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

Bemerkungen:

Bestätigung

Die Anmeldung wurde wahrheitsgetreu ausgefüllt.

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**

Ort und Datum**Stempel und rechtsgültige Unterschrift**

Ort und Datum**Stempel und rechtsgültige Unterschrift**

Unvollständige Anmeldeunterlagen führen zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.

Bitte unterzeichnen und an GastroSocial einsenden.