

Fragebogen für Selbständigerwerbende in der EU

Geschäftsangaben

Abrechnungs-Nummer (Abr.Nr) (bitte leer lassen)

Familienname(n)

Vorname(n)

Firmenbezeichnung

Erwerbszweig / Branche

Geschäftsadresse (Strasse / Nr.)

Geschäftsdomizil (PLZ / Ort / Land)

Telefon-Nummer

E-Mail-Adresse

Zustelladresse für Rechnungen (persönliche Beiträge) und Korrespondenz, falls nicht mit obiger Adresse identisch

Ausübung der Tätigkeit

- Hauptberuflich
 Nebenberuflich

Datum der Erwerbsaufnahme

Datum einer allfälligen Erwerbsaufgabe

Zahlungsverbindung

Bankkonto

Name der Bank

Adresse, PLZ, Ort, Land

IBAN (International Bank Account Number)

Name des Kontoinhabers

Postkonto

PC-Nummer

Name des Kontoinhabers

Zusätzliche Angaben zu den Personalien

| | | |
|-------------------------------|----------------------------------|------------|
| Privatadresse (Strasse / Nr.) | Privatdomizil (PLZ / Ort / Land) | |
| Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ) | Versichertennummer (AHV-Nr.) | Zivilstand |
| Telefonnummer | E-Mail-Adresse | |

Nähere Angaben zur Selbständigkeit

| | |
|--|--|
| Treten Sie gegenüber Ihren Kunden im eigenen Namen auf? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Erstellen Sie Offerten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Stellen Sie Rechnung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | Tragen Sie Verluste bei Zahlungsunfähigkeit Ihrer Kunden selber? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| Bestehen Verträge mit Kunden / Auftraggebern? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | |
| Verfügen Sie über nachfolgend aufgeführte Infrastrukturen? <input type="radio"/> Büro <input type="radio"/> Lager <input type="radio"/> Andere (bitte umschreiben): | <input type="radio"/> Laden <input type="radio"/> Lieferwagen <input type="radio"/> Werkstatt <input type="radio"/> Lastwagen |

Selbständiges Erwerbseinkommen und Eigenkapital

| | |
|--|---|
| Geschätztes Jahreseinkommen aus selbständiger Tätigkeit nach Abzug der Unkosten (in CHF) | Im Geschäft investiertes privates Eigenkapital nach Abzug der Schulden (in CHF) |
|--|---|

Nähere Umschreibung Ihrer Tätigkeit / Bemerkungen

| |
|--------------|
| |
|--------------|

Obligatorische schweizerische Krankenversicherung (KVG)

| |
|---|
| Name und Adresse der zuständigen Krankenversicherung: |
|---|

- Wenn Sie von der Krankenversicherung gemäss KVG befreit sind, ist die Befreiungsbestätigung der zuständigen kantonalen Stelle beizulegen.

Bestätigung

| | |
|---------------|--------------------------|
| Ort und Datum | Stempel und Unterschrift |
|---------------|--------------------------|

Für die Zustellung per Post verwenden Sie bitte dieses Adressblatt (für rechts- oder linksseitige Fenstercouverts).

Ostschweizerische Ausgleichskasse
für Handel und Industrie
Abteilung Leistungen / Kundendienst
Geltenwilenstrasse 16
Postfach
9001 St. Gallen

Ostschweizerische Ausgleichskasse
für Handel und Industrie
Abteilung Leistungen / Kundendienst
Geltenwilenstrasse 16
Postfach
9001 St. Gallen