

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

**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).

Ausgleichskasse  
Gewerbe St. Gallen  
Abteilung Leistungen / Kundendienst  
Geltenwilenstrasse 16  
Postfach  
9001 St. Gallen

Ausgleichskasse  
Gewerbe St. Gallen  
Abteilung Leistungen / Kundendienst  
Geltenwilenstrasse 16  
Postfach  
9001 St. Gallen