



## Anmeldung für Selbständigerwerbende – Einzelfirma

### 1) Personalien

#### Betriebsinhaber/in

Herr  Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

#### Ehepartner/in (wenn verheiratet oder getrennt)

Herr  Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

Für Ausländer: Art der Aufenthaltsbewilligung (Kopie Ausländerausweis beilegen): \_\_\_\_\_

#### Angaben zum Geschäft

Branche / Tätigkeit (z.B Sanitär, Architekt): \_\_\_\_\_

Firmenname: \_\_\_\_\_

#### Adressen

##### Geschäftsadresse

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

##### Wohnadresse (falls abweichend von Geschäftsadr.)

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

##### Rückzahladresse

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN-Nr.: \_\_\_\_\_

Name der Bank / Post: \_\_\_\_\_

##### Drittadresse (Treuhänder, etc.)

Name: \_\_\_\_\_

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

##### Zustelladresse (Rechnungen und Korrespondenz)

Geschäftsadresse

Wohnadresse

Drittadresse

## 2) Angaben zur Selbständigkeit

1)	Datum der Betriebseröffnung/Übernahme, oder Aufnahme der selbständigen Tätigkeit im Kanton Freiburg	_____
2)	Name des evt. Vorgängers:	_____
3)	Ihre bisherige Erwerbstätigkeit (Kopie des Kündigungsschreibens an Ihren früheren Arbeitgeber oder Bestätigung der Arbeitslosenkasse, seit wann Sie keine Arbeitslosentaggelder mehr beziehen):	_____ _____ _____
4)	Ihr erlernter Beruf und / oder Ihre berufliche Ausbildung bezüglich Ihrer Selbständigkeit (bitte Diplome beilegen):	_____
5)	Üben Sie die Tätigkeit im Nebenerwerb aus?: Wenn ja, welches ist Ihr Haupterwerb: Name und Adresse des Arbeitgebers:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
6)	Verfügen Sie zur Ausübung Ihres Berufes über besondere Betriebsräumlichkeit? Wenn ja – über welche? (Werkstatt, Büro, Praxis, usw)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
7)	Befinden sich Teile davon in Ihrer Wohnung oder Garage? Wenn ja – welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
8)	Sind Sie der SUVA unterstellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9)	Haben Sie einen Business-Plan erstellt? Wenn ja – bitte uns eine Kopie zustellen (sehr empfehlenswert).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10)	Wie hoch schätzen Sie Ihr jährliches selbständiges Erwerbseinkommen:	CHF _____
11)	Beschäftigen Sie Personal? Anzahl:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    Anzahl: _____
12)	Wie hoch schätzen Sie die jährliche auszuzahlende Lohnsumme an Angestellte:	CHF _____
13)	Führen Sie Filial- oder Zweigbetriebe?: Wenn ja – seit wann: Genaue Adresse (Ort und Kanton):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ _____
14)	Wurde Ihre sozialversicherungsrechtliche Stellung (ob selbständig oder Lohnbezüger) bereits abgeklärt?: Wenn ja – durch welche Ausgleichskasse (Kopie beilegen):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____
15)	Werden Sie Ihre Pensionskasse auflösen? Wenn ja - Betrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein CHF _____

### 3) Allgemeine Angaben

#### Vorsorgeeinrichtung gemäss BVG (2. Säule)

Sind Sie für Ihr Personal einer registrierten Vorsorge-  
Einrichtung gemäss BVG eingeschlossen?

Ja

Nein

Wenn ja – bei welcher Vorsorgeeinrichtung? Bitte BVG-Police beilegen

Name Vorsorgeeinrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

#### Unfallversicherung (UVG)

Haben Sie Ihr Personal bei einer Versicherungs-  
Gesellschaft gegen Unfall versichert?

Ja

Nein

Wenn ja – bei welcher Versicherungsgesellschaft?

Name der Versicherungsgesellschaft: \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

#### Kassenzugehörigkeit

Liegt Neugründung oder Zuzug aus einem anderen Kanton vor?

\_\_\_\_\_

Wenn Zuzug aus einem andern Kanton, bei welcher Ausgleichskasse waren Sie vorher angeschlossen?

\_\_\_\_\_

**Falls Sie bereits bei einer Ausgleichskasse angeschlossen oder angemeldet sind, bitten wir um Zustellung der entsprechenden Bestätigung.**

#### Erwerbstätigkeit

Wird nebst dieser Tätigkeit noch eine zusätzliche Erwerbstätigkeit im Ausland ausgeübt?

Ja

Nein

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_