

## Fragebogen – Barauszahlung selbständige Erwerbstätigkeit

### Versicherte Person

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ SV- / AHV-Nr. 756. \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_ Tel. / E-Mail \_\_\_\_\_

### Geschäftsadresse

Firmenname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Zur Abklärung der selbständigen Erwerbstätigkeit sind die folgenden Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten sowie die erforderlichen Nachweisdokumente einzureichen:

Ausübung der Tätigkeit im  Haupterwerb  Nebenerwerb  
weitere Tätigkeiten \_\_\_\_\_ in %  
Rechtsform  Einzelfirma  Teilhaber an  Kollektivgesellschaft  
 Kommanditgesellschaft  
 einfacher Gesellschaft  
Branche \_\_\_\_\_

Datum der Eröffnung des Betriebes  
\_\_\_\_\_

### Angaben zur Selbständigkeit:

- Treten Sie gegenüber Kunden im eigenen Namen auf?  ja  nein
- Erstellen Sie Offerten / Verträge?  ja  nein
- Tragen Sie allfällige Verluste bei Zahlungsunfähigkeiten der Kunden selber?  ja  nein
- Über welche Infrastruktur verfügen Sie?  
 Büro  Lager  Werkstatt  Geschäft  Fahrzeug  
 Anderes \_\_\_\_\_

Bestehen Verträge mit Kunden oder Auftraggebern?

ja  nein

Vertragspartner

---

---

---

Letzter Arbeitgeber vor Aufnahme  
der selbständigen Tätigkeit

---

Letzte Vorsorgeeinrichtung vor  
Aufnahme der selbständigen  
Tätigkeit

---

Austrittsdatum aus Vorsorgeein-  
richtung

---

Beziehen Sie Leistungen der  
Arbeitslosenkasse?

nein

ja, bis: \_\_\_\_\_

Unterlagen / Dokumente

Mietverträge

Offerten / Verträge

Kaufverträge

Rechnungen von Lieferanten

Handelsregisterauszug

Kopien von Rechnungen an Kunden

Nachweis für investiertes Eigenkapital

Werbeunterlagen (Flyer, Website)

---

Die Unterzeichnenden erklären, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie nehmen ausdrücklich zur Kenntnis und bestätigen, durch die avenirplus Freizügigkeitsstiftung über die Folgen der Barauszahlung aufgeklärt worden zu sein, dass durch die Barauszahlung des Freizügigkeitsguthabens sämtliche Ansprüche gegenüber der Stiftung erlöschen.

Ort und Datum

---

Unterschrift der versicherten Person

---