

Adhésion de raison individuelle

Données concernant la raison individuelle

Nom de l'entreprise: _____

Numéro CH (registre du commerce):

Date de reprise de l'établissement: _____

Branche: _____

Ancien propriétaire de l'entreprise: _____

Langue pour correspondance:

Allemand Français Italien

Adresse commerciale

Nom de l'établissement: _____

Rue, Numéro: _____

Case postale: _____

NPA, Localité: _____

Téléphone: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Website: _____

Personne de contact

Nom, Prénom: _____

Téléphone direct: _____

E-Mail: _____

Adresse d'acheminement postal (si elle diffère de l'adresse commerciale)

Nom de l'entreprise: _____

Nom, Prénom: _____

Complément: _____

Rue, Numéro: _____

Case postale: _____

NPA, Localité: _____

Téléphone: _____

Fax: _____



Adresse de paiement

Numéro IBAN:

Veuillez indiquer les informations suivantes si vous ne connaissez pas le numéro IBAN:

Compte postal:

Nom de la banque:

Numéro clearing:

Compte bancaire:

Indications sur l'appartenance à la Fédération

Pour une affiliation à la Caisse de compensation GastroSocial, l'adhésion à l'association professionnelle GastroSuisse est obligatoire (art. 64, al. 1 LAVS).

Êtes-vous déjà membre de GastroSuisse? Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le numéro de sociétaire:

Si non, avez-vous l'intention d'adhérer à GastroSuisse? (voir demande d'adhésion séparée) Oui Non

Si votre établissement n'est pas soumis à la CCNT pour les hôtels, restaurants et cafés, désirez-vous adhérer à GastroSuisse comme partenaire? Oui Non

Filiales

Exploitez-vous d'autres établissements? Oui Non

Personnel employé

Nombre d'employés:

Employez-vous du personnel de maison à titre privé? Oui Non

Si oui, auprès de quelle caisse de compensation est-il assuré?

Employez-vous des musiciens/musiciennes ou danseurs/danseuses? Oui Non

S'agit-il d'une exploitation agricole? Oui Non

Si vous occupez du personnel, les informations suivantes sont requises.

Salaires soumis à l'AVS dès le (date):

Masse salariale brute soumise à l'AVS par mois:

Les acomptes de cotisations seront déterminés sur la base de ces informations.

Sous quelle forme prévoyez-vous de nous communiquer les salaires en fin d'année?

Carnet des salaires GastroSocial propre listing informatique



Si vous exploitez un établissement saisonnier, veuillez indiquer les mois d'exploitation:

Saison estivale (du – au) _____

Saison hivernale (du – au) _____

Êtes-vous déjà affilié auprès d'une caisse de compensation (AVS)? Oui Non

Si oui, nom de la caisse de compensation: _____

Êtes-vous déjà affilié auprès d'une caisse d'allocations familiales (CAF)? Oui Non

Si oui, nom de la caisse d'allocations familiales: _____

Allocations familiales

Si vous employez du personnel, les informations suivantes sont nécessaires:

Allocations familiales par mois: _____

Nombre d'employés avec enfants ou jeunes en formation: _____

Prévoyance professionnelle (LPP)

Si vous employez du personnel (EM), les informations suivantes sont nécessaires:

Les personnes que vous employez sont-elles inscrites auprès d'une caisse de pension?

Oui Non Procédure d'affiliation en cours

Nom et adresse de la caisse de pension (lorsque l'adhésion est définitive ou en cours): _____

Numéro de police (veuillez joindre une copie de l'accord d'affiliation): _____

Si vous êtes exonéré de l'obligation LPP (2^e pilier), veuillez s.v.p. marquer le motif.

- N'occupe pas de personnel soumis à la LPP
- Salaires inférieurs au seuil d'entrée (CHF 20'880.-/an soit CHF 1'740.-/mois)
- Contrat de travail d'une durée limitée maximale de 3 mois
- Les EM exercent uniquement une activité accessoire (p.ex. honoraires des membres du conseil d'administration)
- Les EM sont, au sens de l'AI, invalides au moins à 70%
- Les EM sont membres de la famille du propriétaire de l'exploitation agricole
- Les EM n'exercent pas durablement une activité lucrative en Suisse (libérés de l'obligation de cotiser par la caisse de pension)

LSV/autorisation de débit direct

Êtes-vous intéressé à payer vos factures par le LSV ou l'autorisation de débit direct? Oui Non



Assurances obligatoires désirées

GastroSocial Caisse de pension (2^e pilier): Oui Non
Assurance-accidents (SWICA): Oui Non
Assurance-accidents complémentaire selon CCNT (SWICA): Oui Non
Assurance-maladie soins médico-pharmaceutiques GastroSuisse (SWICA): Oui Non
Assurance-maladie collective perte de gain (SWICA): Oui Non

dès le _____ jour (possibilités: dès le 4^e, 8^e, 15^e, 22^e, 31^e et 61^e jour)

Annexes requises

- Copie de l'extrait du registre du commerce
- Copie du contrat de location

Remarques:

Confirmation

Les indications contenues dans ce questionnaire d'affiliation sont exactes:

Lieu et date

Timbre et signature authentique

À signer et renvoyer à GastroSocial.



Adhésion d'indépendant

Données personnelles de la personne qui détient l'exploitation

Nom(s) de famille: _____

Prénom(s): _____

Titre: _____

Nationalité: _____

Date de naissance: _____

Numéro d'assuré: _____

Sexe: Homme Femme

Langue pour correspondance: Allemand Français Italien

État civil actuel: Célibataire
 Marié(e)
 Partenariat enregistré
 Séparé(e)
 Divorcé(e)
 Veuf/veuve

Dès: _____

Données personnelles du/de la partenaire

Nom(s) de famille: _____

Prénom(s): _____

Nationalité: _____

Date de naissance: _____

Numéro d'assuré: _____

Sexe: Homme Femme

Travaille également dans l'exploitation du conjoint? Oui Non

Adresse privée (domicile fiscal)

Complément: _____

Adresse: _____

NPA, Localité: _____ Téléphone: _____

Fax: _____ E-Mail: _____



Adresse de paiement

Numéro IBAN:

Veuillez indiquer les informations suivantes si vous ne connaissez pas le numéro IBAN:

Compte postal: _____

Nom de la banque: _____

Numéro clearing: _____

Compte bancaire: _____

Informations concernant l'activité indépendante

Indépendant depuis le: _____

Activité indépendante comme

Activité principale

Activité accessoire

En cas d'activité accessoire, exercez-vous votre activité principale en tant que:

Employé(e)

Indépendant

Si vous êtes employé(e), veuillez indiquer le nom de votre employeur: _____

La caisse de compensation compétente détermine dans chaque cas, si une personne assurée peut être considérée, au sens de l'AVS, comme personne de condition indépendante.

Revenu provenant de l'activité indépendante et capital propre

À combien estimez-vous le revenu provenant de votre activité indépendante (après déduction des frais généraux)? _____

Revenu présumé pour l'année en cours: _____

Période (du – au): _____

Veuillez joindre la déclaration de revenu correspondante s'il s'agit d'années écoulées. D'éventuels documents relatifs à la clôture des comptes doivent également être joints.

Capital investi dans l'exploitation: _____

LSV/autorisation de débit direct

Êtes-vous intéressé à payer vos factures par le LSV ou l'autorisation de débit direct?

Oui

Non

Remarques: _____

Confirmation

Les indications contenues dans ce questionnaire d'affiliation sont exactes:

Lieu et date

À signer et renvoyer à GastroSocial.

Timbre et signature authentique

Institution GastroSuisse

GastroSocial
Postfach
5001 Aarau

T 062 837 71 71
F 062 837 72 97
info@gastrosocial.ch
www.gastrosocial.ch



Critères de distinction concernant l'activité lucrative indépendante

La caisse de compensation compétente détermine au cas par cas, si la rémunération de l'activité considérée confère à la personne assurée le statut d'indépendant au regard de l'AVS. Les critères figurant dans la liste qui suit sont déterminants.

Il n'est par ailleurs pas exclu qu'une personne soit à la fois indépendante et salariée dans une autre activité. La caisse de compensation base son examen sur les conditions économiques et non sur les rapports contractuels.

En ce sens, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.

Avez-vous vos propres locaux commerciaux ou établissements d'entreprise (autre que votre propre appartement)? Veuillez joindre une copie du contrat de location Oui Non

Disposez-vous d'installations ou des machines courantes dans la branche? Oui Non

Avez-vous consenti à un important investissement et êtes-vous en possession de moyens d'exploitation, p.ex. équipement de bureau (PC, programmes informatiques, fax et autre) ou autres? Oui Non
Joindre la copie des factures

Vous procurez-vous à votre propre compte le matériel servant à l'exécution de votre travail? Oui Non

Possédez-vous des accords ou des contrats de collaboration, ou avez-vous envoyés des offres? Oui Non
Joindre des copies

Établissez-vous vos factures en votre nom et supportez-vous de ce fait le risque d'encaissement? Oui Non

Occupez-vous du personnel ou avez-vous la liberté décisionnelle d'engager du personnel? Oui Non

Avez-vous un horaire de travail imposé, devez-vous établir des rapports de travail et êtes-vous obligé d'exécuter personnellement vos tâches? Oui Non

Recevez-vous des provisions pour des achats, locations etc.? Oui Non

Percevez-vous un salaire mensuel ou horaire? Oui Non

Avez-vous droit à des congés payés, à un salaire en cas de maladie, militaire ou accident? Oui Non

Payez-vous vos assurances (en particulier l'assurance accident) vous-même? Oui Non

Remarques:

Confirmation

Les indications contenues dans ce questionnaire d'affiliation sont exactes:

Lieu et date

Timbre et signature authentique

À signer et renvoyer à GastroSocial.

