

Demande d'adhésion à la caisse de pension (LPP) des sociétés des personnes morales

Données concernant l'entreprise

Nom de l'entreprise : _____

Forme juridique : Société anonyme Association
 Société à responsabilité limitée Fondation
 Société coopérative Corporation de droit public
 Société en commandite p/action

Numéro IDE :

C H E -

Date de l'inscription au registre du commerce/Date de création : _____

Date d'ouverture de l'établissement : _____

Branche : _____

Ancien propriétaire de l'entreprise : _____

Langue de correspondance : Allemand Français Italien

Adresse commerciale

Nom de l'établissement : _____

Rue, Numéro : _____

Case postale : _____

NPA, Localité : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

E-Mail : _____ Site web : _____

Personne de contact

Nom, Prénom : _____

Téléphone (ligne directe) : _____

E-Mail : _____

Adresse d'acheminement postal

Nom de l'entreprise : _____

Nom, Prénom : _____

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 de clearing :

Compte bancaire :

Indications sur l'appartenance à la Fédération

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 ?

Oui Non

Filiales

Exploitez-vous d'autres établissements ?

Oui Non

Personnel employé

Personnel dès le :

Nombre d'employés :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Nom, Prénom employé(e) :

Date de naissance :

Est-ce qu'une des personnes à assurer touchent des prestations de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire ou de l'assurance-accidents, d'une caisse de pension ou des demandes ont-elles été faites ?

Oui Non

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 de pension (CP) pour vos collaborateurs ?

Oui Non

Si oui, veuillez joindre une copie de la confirmation de résiliation de votre précédente caisse de pension.

Annexes requises

- Copie de la confirmation de résiliation de la précédente caisse de pension (en cas de changement de caisse)
- Copie de l'extrait du registre du commerce
- Copie de l'acte constitutif (statuts de l'association)
- Convention d'affiliation GastroSocial

Remarques :

Général

- Une violation de l'obligation d'annoncer ou une déclaration mensongère autorise la Caisse de pension GastroSocial à se départir de l'assurance.
- La Caisse de pension GastroSocial se réserve le droit d'examiner la demande d'adhésion aux conditions réglementaires sur la base d'un rapport médical.
- La Caisse de pension GastroSocial se réserve le droit de refuser une conclusion de l'assurance.

Je déclare avoir répondu véridiquement et complètement à toutes les questions mentionnées sur ce formulaire de demande et affirme avoir pris connaissance des points sous « Général ».

Lieu et date

Timbre et signature authentique

Lieu et date

Timbre et signature authentique

Les demandes d'adhésion incomplètes entraînent des retards de traitement.

À signer et renvoyer à GastroSocial.