

Demande d'adhésion à la caisse de pension (LPP) de raison individuelle

Adresse commerciale

Numéro IDE :

Nom de l'établissement :

C H E -

Rue, Numéro :

Case postale :

NPA, Localité :

Téléphone :

Fax :

E-Mail :

Site web :

Branche :

Gérez-vous une exploitation agricole ?

Oui

Non

Activité indépendante comme :

Activité principale

Activité accessoire

Langue de correspondance :

Allemand

Français

Italien

Ancien propriétaire de l'entreprise :

Date d'ouverture de l'établissement :

Adresse privée (domicile fiscal)

Nom(s) de famille :

Prénom(s) :

Rue, Numéro, Case postale :

NPA, Localité :

Numéro d'assuré :

Date de naissance :

Téléphone :

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 :

Veillez 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
- 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

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

À signer et renvoyer à GastroSocial.