

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 : _____

Forme juridique :

Entreprise en raison individuelle

Gérez-vous une exploitation agricole ?

Oui

Non

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.