

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

Données concernant la société

Nom de la société :

Forme juridique :

Société simple

Société en commandite

Société en nom collectif

Communauté héréditaire (hoirie)

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

Numéro IDE :

Date d'ouverture de l'établissement :

C H E -

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 :

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.

1. Données personnelles de l'associé(e) et adresse de domicile (domicile fiscal)

Nom(s) de famille : _____

Prénom(s) : _____

Numéro d'assuré : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

NPA, Localité : _____

Téléphone : _____

E-Mail : _____

Activité indépendante comme : Activité principale Activité accessoire

2. Données personnelles de l'associé(e) et adresse de domicile (domicile fiscal)

Nom(s) de famille : _____

Prénom(s) : _____

Numéro d'assuré : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

NPA, Localité : _____

Téléphone : _____

E-Mail : _____

Activité indépendante comme : Activité principale Activité accessoire

3. Données personnelles de l'associé(e) et adresse de domicile (domicile fiscal)

Nom(s) de famille : _____

Prénom(s) : _____

Numéro d'assuré : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

NPA, Localité : _____

Téléphone : _____

E-Mail : _____

Activité indépendante comme : Activité principale Activité accessoire

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 (Associé(e) 1)**

Lieu et date**Timbre et signature authentique (Associé(e) 2)**

Lieu et date**Timbre et signature authentique (Associé(e) 3)**

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

À signer et renvoyer à GastroSocial.