

## 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 :

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.

### 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 : \_\_\_\_\_

### 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 : \_\_\_\_\_

### 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 : \_\_\_\_\_

#### 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.