

Adhésion des sociétés de personnes morales

Données concernant l'entreprise

Employeur :

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 création :

Branche :

Ancien exploitant de l'entreprise :

S'agit-il d'une exploitation agricole ?

Oui Non

Langue pour correspondance :

Allemand Français Italien

Assurances/Services désirés

(n'est pas reconnu comme demande officielle)

GastroSocial Caisse de pension (2^e pilier) :

Oui Non

Assurance-maladie (SWICA) :

Oui Non

Assurance-accidents (SWICA) :

Oui Non

Êtes-vous intéressé au service externe de Gastroconsult (service fiduciaire, audit et conseils) ?

Oui Non

Adresse commerciale (localisation de l'établissement)

Nom de l'établissement :

Rue, Numéro :

Case postale :

NPA, Localité :

Téléphone :

E-Mail :

Site web :

Personne de contact

Nom, Prénom :

Téléphone direct :

E-Mail :

Adresse d'acheminement postal (si elle diffère de l'adresse commerciale)

Nom de l'entreprise, Nom, Prénom :

Complément :

Rue, Numéro :

Case postale :

NPA, Localité :

Adresse de paiement

Numéro IBAN :

Indications sur l'appartenance à la Fédération

Pour une affiliation à la Caisse de compensation GastroSocial, l'adhésion à l'association professionnelle GastroSuisse est obligatoire (art. 64, al. 1 LAVS).

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 ? (voir demande d'adhésion séparée) Oui Non

Filiales

Exploitez-vous d'autres établissements ? Oui Non

Personnel employé

Nombre d'employés : _____

Employez-vous du personnel qui exerce une autre activité professionnelle à l'étranger ? Oui Non

Si vous occupez du personnel, les informations suivantes sont requises :

Salaires soumis à l'AVS dès le (date) : _____

Masse salariale brute soumise à l'AVS par mois (y.c. part du 13^{ème} salaire) : _____

Les acomptes de cotisations seront déterminés sur la base de ces informations.

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 d'allocations familiales (CAF) ? Oui Non

Si oui, nom de la caisse d'allocations familiales : _____

Allocations familiales

Si vous employez du personnel, les informations suivantes sont nécessaires :

Allocations familiales par mois : _____

Nombre d'employés avec enfants ou jeunes en formation : _____

Prévoyance professionnelle (LPP)

Si vous employez du personnel (EM), les informations suivantes sont nécessaires :

Les personnes que vous employez sont-elles inscrites auprès d'une caisse de pension ? Oui Non

Si oui, veuillez nous indiquer :

Nom de la caisse de pension : _____

Adresse de la caisse de pension : _____

Numéro de police (veuillez joindre une copie de l'accord d'affiliation) : _____

Si vous êtes exonéré de l'obligation LPP (2^e pilier), veuillez s.v.p. marquer le motif.

- N'occupe pas de personnel soumis à la LPP
- Salaires inférieurs au seuil d'entrée (CHF 21'330.–/an soit CHF 1'777.50/mois)
- Contrat de travail d'une durée limitée maximale de 3 mois
- Les EM exercent uniquement une activité accessoire (p.ex. honoraires des membres du conseil d'administration)
- Les EM sont, au sens de l'AI, invalides au moins à 70 %
- Les EM sont membres de la famille du propriétaire de l'exploitation agricole
- Les EM n'exercent pas durablement une activité lucrative en Suisse (libérés de l'obligation de cotiser par la caisse de pension)

LSV/Autorisation de débit direct

Êtes-vous intéressé à payer vos factures par le LSV ou l'autorisation de débit direct ? Oui Non

Programme des salaires miruSocial

Êtes-vous intéressé par notre programme des salaires online ? Oui Non

E-Mail : _____

PartnerWeb

Nom, Prénom : _____

Numéro de portable : _____

E-Mail : _____

Annexes requises

- Copie de l'extrait du registre du commerce
- Pour les associations : Statuts de l'association

Remarques :

Confirmation

Les indications contenues dans ce questionnaire d'affiliation sont exactes.

Je suis/Nous sommes d'accord pour que la Caisse de compensation GastroSocial compense des créances en suspens avec un avoir éventuel auprès de la Caisse de pension GastroSocial dans la mesure où l'établissement est assuré auprès de cette caisse de pension.

Je suis/Nous sommes d'accord pour que la Caisse de compensation GastroSocial et la Caisse de pension GastroSocial échangent des données concernant l'établissement et les employés assurés – pour autant qu'elles soient significatives pour la fixation des cotisations ou le versement de prestations.

Lieu et date

Timbre et signature authentique

Lieu et date

Timbre et signature authentique

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

À signer et renvoyer à GastroSocial.