

Adhésion de raison individuelle/d'indépendant – caisse de compensation

Données concernant la raison individuelle

Numéro IDE :

Nom :

C H E -

Date de reprise de l'établissement :

Branche :

S'agit-il d'une exploitation agricole ?

Oui

Non

Ancien exploitant de l'entreprise :

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

Informations sur l'entreprise

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

Employez-vous du personnel ? Oui Non

Si oui, combien d'employés ?

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

Employez-vous du personnel de maison à titre privé ? Oui Non

Si oui, auprès de quelle caisse de compensation est-il assuré ?

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 21'510.-/an soit CHF 1'792.50/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-Connect

Nom, Prénom : _____

Numéro de portable : _____

E-Mail : _____

Données concernant la personne de condition d'indépendant

Données personnelles de la personne qui détient l'exploitation

Nom(s) de famille : _____

Prénom(s) : _____

Titre : _____

Nationalité : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assuré : _____

Sexe : Homme Femme

État civil actuel : Célibataire
 Marié(e)
 Partenariat enregistré
 Séparé(e)
 Divorcé(e)
 Veuf/Veuve

Dès : _____

Données personnelles du conjoint ou du partenaire enregistré

Nom(s) de famille : _____

Prénom(s) : _____

Nationalité : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assuré : _____

Sexe : Homme Femme

Travaille également dans l'exploitation du conjoint ? Oui Non

Adresse privée (domicile fiscal)

Complément : _____

Adresse : _____

NPA, Localité : _____

Téléphone : _____

E-Mail : _____

Informations concernant l'activité indépendante

Indépendant depuis le : _____

Activité indépendante comme

Activité principale

Activité accessoire

En cas d'activité accessoire, exercez-vous votre activité principale en tant que :

Employé(e)

Indépendant

Si vous êtes employé(e), veuillez indiquer le nom de votre employeur : _____

Critères de distinction d'une activité indépendante :

(selon les directives sur le salaire déterminant dans l'AVS, AI et APG)

Possédez-vous des locaux commerciaux ou sites d'exploitation (en dehors de votre domicile) ? **Veillez joindre une copie du contrat d'achat, du bail à loyer ou du bail à ferme**

Location

Fermage

Propriété

Possédez-vous les aménagements et machines usuels dans votre branche ?

Oui

Non

Avez-vous réalisé des investissements conséquents et possédez-vous d'importants moyens d'exploitation : p.ex. infrastructure de bureau (ordinateur, programmes particuliers, fax etc.), autres acquisitions ?

Oui

Non

Joindre les copies

Achetez-vous votre matériel à votre propre compte ?

Oui

Non

Avez-vous conclu des accords de travail, des contrats de collaboration ou envoyé des offres ?

Oui

Non

Joindre les copies

Agissez-vous en votre propre nom vis-à-vis de votre clientèle ?

Oui

Non

Le cas échéant, au nom de qui agissez-vous ? _____

Assumez-vous personnellement le risque financier lié à votre activité indépendante ?

Oui

Non

Le cas échéant, qui assume ce risque ? _____

Occupez-vous du personnel ?

Oui

Non

Si non, jouissez-vous de la liberté d'engager du personnel ?

Oui

Non

Prenez-vous personnellement les décisions liées à votre exploitation ?

Oui

Non

Quelles sont vos obligations ?

Présence obligatoire

Obligation d'exécuter personnellement les travaux confiés

Établir des rapports de travail

aucune

autre : _____

De qui percevez-vous vos revenus ?

Hôtes/Clients

Donneur d'ordre, qui : _____

Employeur, qui : _____

Décrivez brièvement votre activité : _____

La caisse de compensation compétente détermine dans chaque cas, si une personne assurée peut être considérée, au sens de l'AVS, comme personne de condition indépendante.

Revenu provenant de l'activité indépendante et capital propre

À combien estimez-vous le revenu provenant de votre activité indépendante (après déduction des frais généraux) ?

Revenu présumé pour l'année en cours :

Période (du – au) :

Veillez joindre la déclaration de revenu correspondante s'il s'agit d'années écoulées. D'éventuels documents relatifs à la clôture des comptes doivent également être joints.

Capital investi dans l'exploitation :

Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger ?

Oui Non

Si oui, en tant que :

employé(e)

indépendant(e)

dans quel pays :

Remarques :

Annexes à joindre :

- Copie de l'extrait du registre du commerce
- **Copie du contrat d'achat, du bail à loyer ou du bail à ferme (impératif)**

Confirmation

Je confirme avoir complété ma demande d'affiliation intégralement et en toute conformité.

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 valide

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

À signer et renvoyer à GastroSocial.