

## Adesione ditta individuale/d'indipendente – cassa di compensazione

### Dati dell'azienda

Numero IDI:

Nome: \_\_\_\_\_

**C H E -** \_\_\_\_\_

Data di inizio attività: \_\_\_\_\_

Ramo: \_\_\_\_\_

Si tratta di un'azienda agricola?

 Sì

 No

Proprietario precedente: \_\_\_\_\_

Lingua di corrispondenza:

 Tedesco

 Francese

 Italiano

### Assicurazioni/Servizi desiderate

**(non è riconosciuto come richiesta ufficiale)**

GastroSocial Cassa pensione (2° pilastro):

 Sì

 No

Assicurazione malattia (SWICA):

 Sì

 No

Assicurazione infortunio (SWICA):

 Sì

 No

Siete interessanti nei servizi di Gastroconsult (fiduciario, revisione, consulenza)?

 Sì

 No

### Dati sull'azienda

Nome dell'esercizio: \_\_\_\_\_

Via, Numero: \_\_\_\_\_

Casella postale: \_\_\_\_\_

NPA, Località: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Sito web: \_\_\_\_\_

### Persona di contatto

Cognome, Nome: \_\_\_\_\_

Telefono diretto: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Indirizzo di consegna (se non corrisponde all'indirizzo dell'azienda)

Nome dell'esercizio, Cognome, Nome: \_\_\_\_\_

Supplemento all'indirizzo: \_\_\_\_\_

Via, Numero: \_\_\_\_\_

Casella postale: \_\_\_\_\_

NPA, Località: \_\_\_\_\_

### Indirizzo di pagamento

Numero IBAN:

### Indicazione sull'appartenenza alla Federazione

Per l'affiliazione presso la Cassa di compensazione GastroSocial, l'adesione all'associazione professionale GastroSuisse è obbligatoria (art. 64 cpv. 1 LAVS).

Siete già membri di GastroSuisse?  Sì  No

Se sì, indicare il numero di membro: \_\_\_\_\_

Se no, è vostra intenzione aderire a GastroSuisse? (vedi domanda d'adesione allegata)  Sì  No

### Succursali

Gestite altri esercizi?  Sì  No

### Dipendenti

Occupate del personale?  Sì  No

In caso affermativo, quanti dipendenti? \_\_\_\_\_

Occupate del personale che esercita un'altra attività professionale all'estero?  Sì  No

Avete personale alle vostre dipendenze?  Sì  No

Se sì, presso quale cassa di compensazione sono dichiarati? \_\_\_\_\_

Se occupate dipendenti volete compilare i seguenti punti:

Salari sottoposti all'obbligo contributivo AVS (da quando): \_\_\_\_\_

Somma salario lordo mensile (incl. la quota del 13° stipendio): \_\_\_\_\_

Basandoci su queste informazioni stabiliremo i contributi in acconto.

Se si tratta di un esercizio stagionale, vi preghiamo di indicare i periodi:

Stagione estiva (dal – al): \_\_\_\_\_

Stagione invernale (dal – al): \_\_\_\_\_

Siete già affiliati ad una cassa di compensazione (AVS)?  Sì  No

Se sì, nome della cassa di compensazione: \_\_\_\_\_

Siete già affiliati ad una cassa assegni familiari (CAF)?  Sì  No

Se sì, nome della cassa assegni familiari: \_\_\_\_\_

### Assegni familiari

Se occupate dipendenti, necessitiamo delle seguenti informazioni:

Assegni familiari mensili: \_\_\_\_\_

Numero di dipendenti con bambini o figli in formazione: \_\_\_\_\_

**Previdenza professionale (LPP)**

Se occupate dipendenti, necessitiamo delle seguenti informazioni:

I vostri dipendenti sono affiliati ad una cassa pensione?

Sì  No

Se sì:

Nome della cassa pensione:

Indirizzo della cassa pensione:

Numero di polizza (allegare una copia del contratto):

Se siete esonerati dall'obbligo LPP (2° pilastro), vi invitiamo a volercene comunicare il motivo.

- Non occupiamo dipendenti sottoposti alla LPP
- Salari inferiori alla soglia d'entrata (CHF 21'510.-/anno risp. CHF 1'792.50/mese)
- Contratti di lavoro a durata determinata inferiori a 3 mesi
- Si tratta unicamente di attività accessorie (p.es. onorari consiglio d'amministrazione)
- I dipendenti sono invalidi al 70 % ai sensi dell'AI
- I dipendenti sono membri di famiglia del proprietario in un'azienda agricola
- I dipendenti non sono salariati continuamente in Svizzera (liberati da parte della casse pensione)

**SAD/Sistema di addebito diretto**

È interessato al SAD o sistema di addebito diretto?

Sì  No

**Programma salari miruSocial**

È interessato al nostro programma salari online?

Sì  No

E-Mail:

**PartnerWeb-Connect**

Cognome, Nome:

Numero di cellulare:

E-Mail:

## Dati d'indipendente

---

### Dati personali del/della titolare della ditta

Cognome(i): \_\_\_\_\_

Nome(i): \_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Numero d'assicurato: \_\_\_\_\_

Sesso:  Uomo  Donna

Stato civile:  Celibe/Nubile  
 Sposato/a  
 Unione domestica registrata  
 Separato/a  
 Divorziato/a  
 Vedovo/a

Dal: \_\_\_\_\_

### Dati personali del coniuge o del partner registrato

Cognome(i): \_\_\_\_\_

Nome(i): \_\_\_\_\_

Nazionalità: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Numero d'assicurato: \_\_\_\_\_

Sesso:  Uomo  Donna

Lavora nella ditta?  Sì  No

### Domicilio (domicilio fiscale)

Supplemento all'indirizzo: \_\_\_\_\_

Via, Numero: \_\_\_\_\_

NPA, Località: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Indicazioni sull'attività lavorativa indipendente

Indipendente dal:

Attività indipendente come  Attività principale  Attività accessoria  
 Se come attività accessoria: nell'attività principale è:  Dipendente  Indipendente

Se dipendente: indicare il nome del datore di lavoro:

### Criteri di distinzione attività lucrativa indipendente

(conformemente alla direttiva sul salario determinante per AVS, AI, IPG)

Dispone di locali o stabilimenti commerciali (non la propria abitazione)?  Locazione  Affitto  Proprietà

**Si prega di allegare copia del contratto di locazione/affitto/acquisto.**

Dispone di macchinari e attrezzature usuali per il settore?  Sì  No

Ha effettuato investimenti significativi e possiede mezzi d'esercizio significativi:  
 p.es. infrastruttura da ufficio (PC, programmi speciali, fax ecc.), acquisti particolari?  Sì  No

**Allegare le copie**

Acquista il suo materiale con fattura a proprio nome?  Sì  No

Dispone di accordi di conferimento di incarico o contratti di collaborazione, oppure ha inviato delle offerte?  Sì  No

**Allegare le copie**

Nei confronti della sua clientela si presenta a nome proprio?  Sì  No

In caso di risposta negativa, a nome di chi?

I rischi concernenti guadagni o perdite sono a carico suo?  Sì  No

In caso di risposta negativa, chi si assume tale rischio?

Dispone di un personale?  Sì  No

Dispone della libertà decisionale riguardo l'assunzione del personale?  Sì  No

Prende le sue decisioni commerciali in autonomia?  Sì  No

A quali direttive è assoggettato?

Obbligo di presenza  Obbligo di adempimento personale  Rapporti di lavoro  nessuna

altro:

Da chi percepisce i suoi introiti?

Ospiti/Clienti

Committente, chi:

Datore di lavoro, chi:

Fornisca una breve descrizione della sua attività:

Nei singoli casi, la cassa di compensazione responsabile determina se una persona è dipendente oppure indipendente ai sensi dell'AVS.

### Reddito dall'attività lavorativa e capitale proprio

A quanto valuta il suo reddito dall'attività lavorativa indipendente (dopo deduzione dei costi)?

Reddito previsto nell'anno corrente:

Periodo (dal – al):

Per gli anni precedenti la preghiamo di allegare le relative dichiarazioni del reddito, come pure i conti di chiusura dell'esercizio.

Capitale proprio investito nell'azienda:

Esercita un'attività professionale all'estero?

Sì  No

Se sì, come:

dipendente

indipendente

in quale paese:

Osservazioni:

### Allegati da presentare:

- Copia estratto del registro di commercio
- **Copia contratto di locazione/affitto/acquisto (obbligatorio)**

### Conferma

Confermo di aver compilato la richiesta per intero e in modo conforme al vero.

Acconsento/Acconsentiamo che la Cassa di compensazione GastroSocial compensi crediti in sospeso con un eventuale avere presso la Cassa pensione GastroSocial, sempre che l'azienda sia assicurata presso tale cassa pensione.

Acconsento/Acconsentiamo che la Cassa di compensazione GastroSocial e la Cassa pensione GastroSocial possano scambiarsi dati relativi all'azienda e ai dipendenti assicurati, nella misura in cui tali dati siano rilevanti per la determinazione dei contributi e l'erogazione delle prestazioni.

**Luogo e data**

**Timbro e firma giuridicamente valida**

**Una documentazione d'iscrizione incompleta produce ritardi nell'elaborazione della pratica.**

Per favore firmare e spedire a GastroSocial.