

## Adhésion 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 création :

Numéro IDE :

Branche :

C H E - . . . . .

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<sup>e</sup> pilier) :  Oui  Non

Assurance-maladie (SWICA) :  Oui  Non

Assurance-accidents (SWICA) :  Oui  Non

Êtes-vous intéressé au notre 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 :

Téléphone :

### 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<sup>ème</sup> 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<sup>e</sup> 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
- **Copie du contrat de location, bail à ferme, contrat de vente (impératif)**

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**

---

**Lieu et date****Timbre et signature authentique**

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

À signer et renvoyer à GastroSocial.