

## Adhésion des sociétés de personnes physiques – cassa di compensazione

### Dati della società

Nome della società: \_\_\_\_\_

Natura giuridica:  Società semplice  Società in accomandita  
 Società in nome collettivo  Comunione ereditaria

Data della fondazione: \_\_\_\_\_

Numero IDI:

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

C H E - . . . . .

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: \_\_\_\_\_

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

### 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

Se occupate dipendenti vogliate 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: \_\_\_\_\_

### Documenti da allegare

- Copia estratto registro di commercio
- **Copia contratto d'affitto, d'acquisto o di gestione (imperativo)**

Osservazioni:

**Conferma**

Confermo di aver risposto in modo completo e veritiero.

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 legale**

---

**Luogo e data****Timbro e firma legale**

---

**Luogo e data****Timbro e firma legale**

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

Per favore firmare e spedire a GastroSocial.