

Adesione per società di persone

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

Indirizzo dell'azienda (ubicazione dell'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

Numero di 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 21'330.-/anno risp. CHF 1'777.50/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

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.