

## Adhésion de l'associé

---

### Données personnelles de l'associé(e)

Nom(s) de famille/Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assuré : \_\_\_\_\_

Sexe :

 Homme

 Femme

Langue pour correspondance :

 Allemand

 Français

 Italien

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 : \_\_\_\_\_

Rue, Numéro : \_\_\_\_\_

NPA, Localité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

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

### Adresse de paiement

Numéro IBAN :

Veillez indiquer les informations suivantes si vous ne connaissez pas le numéro IBAN :

Compte postal : \_\_\_\_\_ Nom de la banque : \_\_\_\_\_

Numéro clearing : \_\_\_\_\_ Compte bancaire : \_\_\_\_\_

### 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 : \_\_\_\_\_

Est-ce que vous décomptez déjà les cotisations auprès d'une caisse de compensation ?  Oui  Non

Si oui, veuillez s.v.p. nous indiquer le nom et le numéro de la caisse de compensation : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

### LSV/Autorisation de débit direct

Êtes-vous intéressé à payer vos factures par le LSV ou l'autorisation de débit direct ?  Oui  Non

Remarques :

### Confirmation

Les indications contenues dans ce questionnaire d'affiliation sont exactes :

Lieu et date

Timbre et signature authentique

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

À signer et renvoyer à GastroSocial.