



### Indications sur l'appartenance à la Fédération

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 ?  Oui  Non

### Filiales

Exploitez-vous d'autres établissements ?  Oui  Non

### Personnel employé

Personnel dès le :	Nombre d'employés :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :
Nom, Prénom employé (e) :	Date de naissance :

Est-ce qu'une des personnes à assurer touchent des prestations de l'assurance-invalidité, de l'assurance militaire ou de l'assurance-accidents, d'une caisse de pension ou des demandes ont-elles été faites ?  Oui  Non

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 de pension (CP) pour vos collaborateurs ?  Oui  Non

Si oui, veuillez joindre une copie de la confirmation de résiliation de votre précédente caisse de pension.

### Programme des salaires

Utilisez-vous un programme des salaires ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?  Abacus  Crésus  autre

### 1. Données personnelles de l'associé(e) et adresse de domicile (domicile fiscal)

Nom(s) de famille :

Prénom(s) :	Date de naissance :
Adresse :	NPA, Localité :
Téléphone :	E-Mail :
Numéro AVS : 7   5   6   .           .           .	

Activité indépendante comme :  Activité principale  Activité accessoire

### 2. Données personnelles de l'associé(e) et adresse de domicile (domicile fiscal)

Nom(s) de famille :

Prénom(s) :	Date de naissance :
Adresse :	NPA, Localité :
Téléphone :	E-Mail :
Numéro AVS : 7   5   6   .           .           .	

Activité indépendante comme :  Activité principale  Activité accessoire

### 3. Données personnelles de l'associé(e) et adresse de domicile (domicile fiscal)

Nom(s) de famille :

Prénom(s) :	Date de naissance :
Adresse :	NPA, Localité :
Téléphone :	E-Mail :
Numéro AVS : 7   5   6   .           .           .	

Activité indépendante comme :  Activité principale  Activité accessoire

### Annexes requises

- Copie de la confirmation de résiliation de la précédente caisse de pension (en cas de changement de caisse)
- Convention d'affiliation GastroSocial

Remarques :

---

---

---

## Général

- Une violation de l'obligation d'annoncer ou une déclaration mensongère autorise la Caisse de pension GastroSocial à se départir de l'assurance.
- La Caisse de pension GastroSocial se réserve le droit d'examiner la demande d'adhésion aux conditions réglementaires sur la base d'un rapport médical.
- La Caisse de pension GastroSocial se réserve le droit de refuser une conclusion de l'assurance.

Je déclare avoir répondu véridiquement et complètement à toutes les questions mentionnées sur ce formulaire de demande et affirme avoir pris connaissance des points sous « Général ».

---

**Lieu et date**

**Timbre et signature authentique (Associé(e) 1)**

---

**Lieu et date**

**Timbre et signature authentique (Associé(e) 2)**

---

**Lieu et date**

**Timbre et signature authentique (Associé(e) 3)**

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

À signer et renvoyer à GastroSocial.