

## Adhésion des sociétés de personnes morales – caisse de compensation

### Données concernant l'entreprise

Employeur :

Forme juridique :  Société anonyme  Association  
 Société à responsabilité limitée  Fondation  
 Société coopérative  Corporation de droit public  
 Société en commandite p/action

Numéro IDE :

C H E -

Date de création :

Ancien exploitant de l'entreprise :

S'agit-il d'une exploitation agricole ?

Oui

Non

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 service externe de Gastroconsult (service fiduciaire, audit et conseils) ?

Oui

Non

### Informations sur 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 (en cas de personne(s) tierce(s), veuillez joindre une procuration)

Nom de l'entreprise, Nom, Prénom :

Complément :

Rue, numéro :

Case postale :

NPA, Localité :

### 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

Employez-vous du personnel ?  Oui  Non

Si oui, combien d'employés ? \_\_\_\_\_

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) : \_\_\_\_\_ CHF

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-e à une caisse de compensation (AVS) et à une caisse d'allocations familiales (CAF) ?  Oui  Non

Si oui, veuillez spécifier le nom de la caisse : \_\_\_\_\_

### Si vous êtes déjà affilié-e à une caisse de compensation (AVS) et à une caisse d'allocations familiales (CAF), veuillez

**lire ce qui suit et répondre** : pour des raisons juridiques, une double affiliation auprès de deux caisses de compensation n'est **pas** possible. Un changement de caisse est possible au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit à condition d'être notifié au plus tard le 31 août de l'année en cours. Souhaitez-vous changer de caisse de compensation (AVS) et de caisse d'allocations familiales (CAF) au 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit et passer chez GastroSocial ?  Oui  Non

### 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 22'680.–/an soit CHF 1'890.–/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

Utilisez-vous un programme des salaires ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?  Mirus  Abacus  Crésus  autre

Êtes-vous intéressé-e par notre programme des salaires en ligne miruSocial ?  Oui  Non

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone mobile : \_\_\_\_\_

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

### Annexes requises

- Pour les associations : Statuts de l'association

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.

L'adhésion à la Caisse de compensation GastroSocial suppose une affiliation à la Fédération GastroSuisse.

J'accepte/Nous acceptons que GastroSocial transmette les données de l'établissement à GastroSuisse à condition qu'elles soient pertinentes pour la collecte des cotisations de la Fédération.

J'accepte/Nous acceptons par ailleurs que, pour les besoins de la clarification et de la conclusion éventuelle d'une assurance de personnes avec SWICA, les données de ce formulaire soient transmises à SWICA dès lors qu'elles sont pertinentes pour l'établissement d'une offre ou le traitement d'une assurance de personnes (LAA, LAAC, IJM).

**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.