ASSURANCES SOCIALES HOTELA

Guide destiné aux directeurs des Ecoles Suisses de Ski

HOTELA Formation

Faciliter au quotidien les tâches administratives des directeurs des Ecoles Suisses de Ski liées à la gestion des événements sollicitant nos assurances.

Hotela Formation
CRÉÉ LE : 13.07.2010 PAR : myersin
MODIFIÉ LE : 03.10.2016 PAR : dbaumgartner VERSION NO : 6
CERTIFIÉ LE : 17.10.2013 PAR : wfavre

HISTORIQUE DES VERSIONS

Version	Date	Modifié par	Description des modifications
1	13.07.2010	Mélanie Yersin	Création de la nouvelle documentation
2	22.10.2012	Hélène Wiedmer	Adaptation de la documentation
3	17.10.2013	Willy Favre	Adaptation de la documentation
4	27.06.2014	Willy Favre	Adaptation de la documentation
5	08.09.2015	Daniel Baumgartner	Adaptation de la documentation
6	10.10.2016	Daniel Baumgartner	Adaptation de la documentation

TABLE DES MATIÈRES

I. RÉFÉRENCES 4

II. INTRODUCTION 4

III. OBJECTIFS 4

IV. LÉGENDES 4

1. LES DIFFÉRENTES ASSURANCES SOCIALES 5

1.1 L'Assurance-vieillesse et survivants (AVS) 5
1.2 L'Assurance-Invalidité (AI) 5
1.3 Les Prestations complémentaires (PC) – non traitées par HOTELA 6
1.4 L'Assurance-Maladie (AMal) 6
1.5 L'Assurance-Accident (AA) 7
1.6 L'Assurance Militaire (AM) – non traitée par HOTELA 7
1.7 L'Assurance Perte de Gain (APG) 8
1.8 Les Prestations en cas de Maternité 8
1.9 La Prévoyance Professionnelle (PP) 8
1.10 Les Allocations Familiales (AF) 9
1.11 L'Assurance-Chômage (AC) – non traitée par HOTELA 10

2. EVÉNEMENTS LIÉS AUX RESSOURCES HUMAINES 11

2.1 Embauche d'un collaborateur 11
2.2 Pendant la durée d'engagement du collaborateur 15
2.3 Sortie du collaborateur 21

3. ANNEXES 27

3.1 Annexe 1 – Demande de certificat AVS 27
3.2 Annexe 2 – Formulaire 104 28
3.3 Annexe 3 – Formulaire n°105 (Attestation de cotisations) 29
3.4 Annexe 4 – Formulaire demande d'allocations familiales 30
3.5 Annexe 5 – transfert de la prestation de libre passage 32
3.6 Annexe 6 – Avis d'incapacité de travail IDJ 33
3.7 Annexe 7 – Formulaire déclaration de sinistre LAA 34
3.8 Annexe 8 – Formulaire déclaration d'accident-bagatelle LAA 37
3.9 Annexe 9 – Annonce de mutation LPP 40
3.10 Annexe 10 – Liste des pays ayant conclu une convention avec la suisse 42
3.11 Annexe 11 – Demande de remboursement des cotisations AVS 43
3.12 Annexe 12 – Demande de rente vieillesse 49
3.13 Annexe 13 – Prolongation de l'assurance accidents durant l'entre-saison 53
3.14 Annexe 14 – Formulaire demande d'allocation de maternité 54
3.15 Annexe 15 – Questionnaire complémentaire LAA 58

4. TABLEAU SYNOPTIQUE DES TAUX DE COTISATIONS 59

I. RÉFÉRENCES

N°	Référence	Description
R1	Les assurances sociales au quotidien	Guide à l'intention des PME édité par l'OFAS en collaboration avec le SECO

II. INTRODUCTION

En Suisse, la sécurité sociale constitue un filet aux mailles étroites, qui offre aux personnes qui vivent et qui travaillent dans le pays, ainsi qu'à leurs proches une protection financière étendue contre les risques qu'elles ne peuvent assumer à titre individuel. Pour les uns, cette protection est trop large et pour les autres, pas assez. C'est pourquoi la poursuite du développement du système d'assurances sociales et son adaptation à de nouvelles exigences constituent toujours un difficile exercice d'arbitrage entre ce qui est souhaitable et ce qui est réalisable. Toujours est-il que le système actuel de sécurité sociale offre une bonne protection en comparaison internationale: qu'un enfant naisse, qu'un accident de travail se produise ou un décès, les assurances sociales versent des prestations substantielles.

III. OBJECTIFS

Permettre à nos clients de connaître globalement nos assurances sociales. Leur faciliter les tâches administratives liées à la gestion des événements sollicitant nos assurances.

IV. LÉGENDES

Symbole / style	Signification
les lunettes	L'utilisateur n'effectue aucune action, il doit lire ou regarder un élément
l'information	Une information supplémentaire enrichi le sujet en cours et/ou complète la formation de l'utilisateur

N.B. Par souci de lisibilité, la dénomination masculine désigne à la fois les genres féminin et masculin. Nous sollicitons la compréhension des lectrices.

1. LES DIFFÉRENTES ASSURANCES SOCIALES

1.1 L'ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS (AVS)

L'AVS doit garantir le minimum vital en cas de perte de revenu liée à la vieillesse ou au décès. Elle verse des prestations aux personnes âgées (rente de vieillesse) ou aux survivants (rentes de veuves et rentes d'orphelins). Les prestations dépendent du niveau du revenu précédemment obtenu et de la durée des cotisations. Toutes les personnes qui sont domiciliées en Suisse ou qui y travaillent sont obligatoirement affiliées à l'AVS. Cette assurance repose sur le principe de la répartition: la génération active finance les rentes des personnes âgées. Il n'y a pas de constitution de capital. Toutes les personnes qui exercent une activité lucrative sont obligées de verser des cotisations, payées pour moitié par les employeurs et pour moitié par les employés.

1.2 L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (AI)

L'assurance-invalidité a pour but la réadaptation ou la réinsertion des personnes handicapées, handicap dû à une maladie, un accident ou une infirmité congénitale. Une rente n'est versée que lorsqu'une réadaptation ou une réinsertion dans la vie active n'est pas possible. Le principe de la réadaptation passe donc clairement avant celui du paiement d'une rente. Un handicap n'entraîne le versement d'une rente que lorsque la perte de gain est d'au moins 40%. L'incapacité de gain doit être permanente ou de longue durée. Il doit exister un lien de causalité entre l'infirmité congénitale, la maladie ou l'accident et la diminution de la capacité de gain. Il y a obligation de cotiser et les cotisations sont perçues en même temps que celles de l'AVS.

1.3 LES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES (PC) – NON TRAITÉ PAR HOTELA

Lorsque les rentes AVS/AI ne suffisent pas à couvrir les coûts de la vie des rentiers, ceux-ci ont droit à des prestations complémentaires. La personne qui est dans le besoin a ainsi légalement droit à une prestation complémentaire. Le besoin doit être établi dans chaque cas. Le montant de la rente est aussi fixé individuellement. L'application de la loi incombe aux cantons, qui reçoivent des subventions de la Confédération. Les prestations complémentaires sont intégralement financées par le budget de l'Etat, des cotisations ne pouvant pas être prélevées dans ce cas sur les salaires.

1.4 L'ASSURANCE-MALADIE (LAMAL)

L'assurance-maladie obligatoire offre une protection en cas de maladie, de maternité et d'accident, pour autant que les coûts ne soient pas pris en charge par une assurance-accidents. Les dépenses sont couvertes par des primes et une participation aux coûts. Des subsides sont versés par la Confédération aux cantons afin de financer les réductions de primes des assurés de condition économique modeste. L'assurance obligatoire des soins assume les coûts des prestations relatives au diagnostic et au traitement d'une maladie et de ses suites. Des prestations sont aussi fournies dans le domaine de la prévention et en cas d'infirmités congénitales et de maternité (dépistage prénatal, préparation à l'accouchement, accouchement, suivi, conseils en allaitement). Les employeurs ne participent pas au paiement des primes. Selon la CCNT, l'assurance perte de gain maladie est obligatoire et ses coûts sont fonction de l'étendue de la couverture (maladie, maternité, accident). Le paiement de ces primes est assuré à parts égales par les employeurs et par les employés.

1.5 L'ASSURANCE-ACCIDENT (LAA)

Tous les employés sont obligatoirement assurés contre les conséquences des accidents sur la santé, et les suites économiques et immatérielles de ceux-ci. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Sont assurés d'une part les prestations en nature (traitement, moyens auxiliaires indispensables, frais de voyage et de transport) et d'autre part des prestations en espèces (indemnité journalière, rente d'invalidité, indemnité pour atteinte à l'intégrité, allocation pour impotent et rente de survivants). Les primes de l'assurance-accidents obligatoire sont dues par l'employeur. La part afférente à l'assurance des accidents non professionnels (ANP) est à la charge du travailleur, sauf convention contraire en sa faveur.

1.6 L'ASSURANCE MILITAIRE (LAM) – NON TRAITÉ PAR HOTELA

L'assurance militaire assure toutes les personnes qui sont victimes d'un accident ou d'une maladie pendant le service militaire, le service de protection civile ou le service civil. Ses prestations comportent d'une part les soins et la couverture des frais (traitement médical, médicaments, moyens auxiliaires, allocations, frais de voyage, etc.) et d'autre part des prestations en espèces (indemnité journalière, rente d'invalidité, rente pour atteinte à l'intégrité, etc.). Ces prestations sont financées par le budget de la Confédération et il n'existe aucune obligation de cotiser.

1.7 L'ASSURANCE PERTE DE GAIN (APG)

Cette assurance compense une partie de la perte de gain subie par les personnes qui font un service militaire ou de la protection civile. Elle est obligatoire et toutes les personnes qui versent des cotisations AVS/AI y cotisent. Les cotisations sont paritaires. A partir du 1er juillet 2005, les APG compensent aussi les pertes de revenu liées à la maternité (allocation de maternité). Les allocations versées aux personnes qui effectuent du service sont aussi améliorées et adaptées à la réforme de l'armée (Armée XXI).

1.8 LES PRESTATIONS EN CAS DE MATERNITÉ

Des allocations pour perte de gain (révision des APG) sont versées aux mères depuis le 1er juillet 2005. L'allocation de maternité est versée en qualité d'indemnité journalière. Si l'employeur assure le versement du salaire durant le congé de maternité, la caisse de compensation verse l'allocation de maternité à l'employeur.

1.9 LA PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE (LPP)

La prévoyance professionnelle a pour objectif de permettre aux personnes âgées, aux survivants et aux invalides de conserver leur niveau de vie antérieur, en complément de la rente AVS/AI. Les prestations s'ajoutent à celles de l'AVS/AI. Les risques assurés sont le décès et l'invalidité et, simultanément, un capital vieillesse est constitué. La loi repose sur le principe de la capitalisation, c'est-à-dire que des capitaux de vieillesse sont effectivement accumulés grâce à un processus d'épargne. Toutes les personnes exerçant une activité lucrative dépendante sont soumises à l'obligation de cotiser, à partir d'un certain revenu. Les cotisations sont payées par moitié (au minimum) par l'employeur et par moitié (au maximum) par les travailleurs.

1.10 LES ALLOCATIONS FAMILIALES (AF)

La Loi fédérale sur les allocations familiales est entrée en vigueur le 01.01.2009. Elle a été révisée dès le 1er janvier 2013.

Depuis cette date, elle offre la possibilité aux indépendant de bénéficier des allocations familiales dans tous les cantons.

Les salariés et les indépendants ont droit aux allocations familiales selon la loi fédérale. Les allocations sont versées à 100% dès que le salaire brut AVS ou le revenu de l'indépendant dépasse CHF 7'050.- par année.

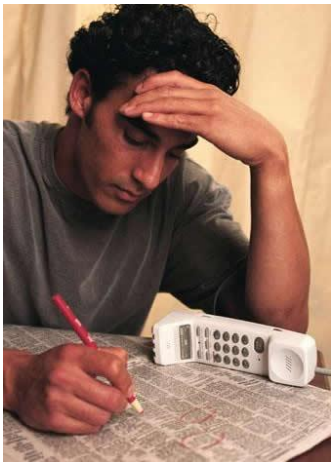
Des allocations de base (pour enfant) sont versées depuis le 1er jour du mois de la naissance de l'enfant, et ce jusqu'à la fin du mois des 16 ans révolus (CHF 200.- minimum).

Pour les enfants qui suivent une formation professionnelle, une allocation de formation est versées depuis le 1er jour du mois qui suit les 16 ans jusqu'à la fin du mois de la formation, ou au plus tard jusqu'aux 25 ans révolus (CHF 250.- minimum).

En plus des minimas prévus par la loi fédérale, les législations cantonales peuvent prévoir des montants plus généreux. De plus, ils peuvent prévoir le versement d'une allocation de naissance/d'adoption. A ce jour, neufs cantons versent une allocation de naissance/d'adoption.

Les montants des cotisations varient et font l'objet d'adaptations périodiques. Les cotisations sont financées par l'employeur en fonction de la masse salariale et par l'employé en Valais uniquement à raison de 0.3% du salaire brut AVS.

1.11 L'ASSURANCE-CHÔMAGE (AC) – NON TRAITÉE PAR HOTELA



L'assurance-chômage verse des prestations en cas de chômage, de chômage partiel, de suspension du travail due à des intempéries et lorsque l'employeur est insolvable. Par ailleurs, l'assurance aide à prévenir le chômage, par des mesures dites «du marché du travail». Pour avoir droit aux prestations, il faut avoir cotisé durant une période minimale ou être dispensé d'apporter la preuve du paiement des cotisations pour une raison mentionnée dans la loi. L'assurance est obligatoire pour toutes les personnes exerçant une activité lucrative dépendante. Les cotisations sont payées par moitié par l'employeur et par moitié par les travailleurs. Les indépendants ne peuvent pas s'assurer.

2. EVÉNEMENTS LIÉS AUX RESSOURCES HUMAINES

2.1 EMBAUCHE D'UN COLLABORATEUR

Vous faut-il une autorisation pour engager du personnel ?

En tant qu'indépendant ou que gérant d'une personne morale (SA, S.A.R.L, coopérative, etc.), vous êtes libre d'engager du personnel en tout temps. S'il s'agit d'une personne de nationalité étrangère, vous devrez vous informer sur ce point : un permis de travail est-il requis? Vous n'avez aucune demande à faire pour tous les étrangers titulaires d'un permis d'établissement (permis C).

A quoi faut-il être attentif concernant les assurances sociales ?

Les employés ne disposant pas d'un numéro AVS continueront de devoir être immédiatement annoncés à la caisse de compensation pour leur attribuer un numéro d'assuré. L'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) a instauré une procédure d'amende d'ordre afin de garantir une application correcte de la loi. Des amendes seront ainsi infligées aux employeurs qui, lors de la remise du décompte annuel, ne seraient pas en mesure de communiquer les numéros AVS de tous les salariés.

Doivent également être déclarés auprès de notre caisse de pensions les employés dont le salaire dépasse le montant de **CHF 21'150.00** et dont le contrat de travail est de durée indéterminée ou de plus de trois mois. **Attention**: lorsqu'il est convenu d'une période d'essai, l'obligation d'assurance s'applique dès que le travailleur entre en fonction.

Une personne nouvellement engagée n'a pas besoin d'être annoncée à l'assurance-accidents (la somme des salaires de cette personne figurera dans la déclaration annuelle des salaires).

Exception: La première personne d'une entreprise à se faire assurer doit être immédiatement annoncée à notre assurance-accidents.

Quoi d'autre encore ?

En cas de maladie et de grossesse, la loi prévoit une obligation de poursuite du paiement du salaire. Cette obligation peut être remplacée par une indemnité d'au moins 80%, versée conformément à un contrat conclu auprès de notre compagnie d'assurance. En cas d'incapacité de travail provoquée par un accident, c'est l'assurance-accidents obligatoire qui verse une indemnité.

Tous les employés qui travaillent plus de huit heures par semaine sont automatiquement assurés contre les accidents professionnels et non professionnels.
Ceux qui travaillent moins de 8h./sem. ne sont assurés que pour les accidents professionnels. Mais ils peuvent s'assurer volontairement auprès de leur caisse-maladie. S'ils sont assurés par l'employeur, la prime d'assurance pour les accidents non professionnels peut être déduite intégralement du salaire de l'employé.

A partir de quand l'employée doit-t-il payer des assurances sociales ?

Pour toute activité accessoire dont le revenu annuel est supérieur à **CHF 2'300.00**, l'employé a l'obligation de payer des assurances sociales.

Comment les salaires doivent-ils nous être déclarés ?

Vous devez nous communiquer le montant présumé de la masse salariale annuelle. Les acomptes sont prélevés en fonction de ce montant. A la fin de l'année, vous devez déclarer les montants exacts des salaires sur les formulaires 104[1] et 105[2] (attestation de cotisations) que nous vous transmettons. Les cotisations de toutes les assurances pourront dès lors être calculées.

Les formulaires 104 et 105 peuvent être remplacés par vos propres listes informatiques pour autant que toutes les informations nécessaires soient présentes (y compris votre signature).

[1] Formulaire n°104 – Annexe 2
[2] Formulaire n°105 (Attestation de cotisations) – Annexe 3

Qui paie les cotisations ?

L'employé ne paie jamais directement ses cotisations sociales. Celles-ci sont déduites de son salaire par l'employeur et payées par ce dernier aux différentes assurances.

Les cotisations **AVS/AI/APG et AC** sont prises en charge pour moitié par l'employeur et pour moitié par l'employé.

LPP : les cotisations versées à notre caisse sont, en règle générale, également endossées pour moitié par l'employeur et pour moitié par l'employé, mais il peut être convenu d'une autre répartition plus favorable à l'employé.

LAA : les cotisations à l'assurance-accidents obligatoire sont à la charge de l'employeur. Celles de l'assurance couvrant les accidents non professionnels, conclue par l'employeur, peuvent être déduites du salaire de l'employé.

IDJ : lorsqu'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie a été conclue et que ses prestations s'étendent au-delà de la durée prescrite par la loi, les primes sont réparties pour moitié entre l'employeur et l'employé. Tel est le cas lorsqu'une indemnité journalière de 80% du salaire est assurée.

Que se passe-t-il si le collaborateur engagé a des enfants à charge ?

Si les enfants sont âgés de moins de 16 ans ou s'ils ont entre 16 et 25 ans et qu'ils suivent une formation, le collaborateur doit remplir le formulaire « Demande d'allocations familiales »[3]. Les documents à joindre sont mentionnés sur le formulaire.
Les allocations familiales sont versées à l'employé par l'employeur.

Peut-on employer un collaborateur qui a atteint l'âge de la retraite ?

Oui, cependant les déductions sur son salaire sont différentes.
Les cotisations suivantes :

- AVS/AI/APG
- AF (seulement pour le Valais)
- Indemnités journalières maladie (IDJ)
- Accidents (LAA)

vont s'opérer sur la part du revenu de l'activité lucrative qui excède la franchise de CHF 1'400.00/mois ou CHF 16'800.00/an.
Cette franchise n'entre en ligne de compte que le mois suivant l'atteinte de l'âge de la retraite.
Dès l'âge de la retraite, on ne retient plus les cotisations LPP et chômage.

Que faut-il faire si votre nouveau collaborateur a cotisé pour la prévoyance professionnelle en Suisse auprès d'une autre fondation que HOTELA ?

Il faut transférer la prestation de libre passage (PLP) auprès de notre institution via le formulaire « demande de transfert »4.

[3] Formulaire demande d'allocations familiales – Annexe 4
[4] Formulaire demande de transfert de la prestation de libre passage – Annexe 5

2.2 PENDANT LA DURÉE D'ENGAGEMENT DU COLLABORATEUR

Votre collaborateur se marie

Assurance vieillesse et survivants (AVS)

Nous transmettre une copie de l'acte de mariage et la carte AVS s'il y a changement de nom.

Allocations familiales (AF)

Si le collaborateur touche des prestations, veuillez nous faire parvenir la copie de l'acte de mariage.

Une naissance intervient pour votre collaborateur

Allocation de maternité

Pour avoir droit à l'allocation de maternité, la femme doit :

- avoir été soumise à l'assurance obligatoire au sens de la loi sur l'AVS pendant les 9 mois qui ont immédiatement précédé la naissance de l'enfant
- avoir exercé une activité lucrative durant au moins 5 mois durant cette période

Document de référence : mémento 6.02 « Allocation de maternité »

Allocations familiales (AF)

Remplir le formulaire « Demande d'allocations familiales »[5]. Les documents à joindre sont mentionnés sur le formulaire.

Indemnités journalières (IDJ)

Annonce du cas (dans les 30 jours) au moyen du formulaire « avis pour IDJ »[6] avec copie de l'acte de naissance ou du livret de famille.
Si la personne est déjà malade avant l'accouchement, il suffit d'envoyer l'acte de naissance ou le livret de famille, complété par le numéro AVS.

Allocations pour pertes de gain (APG)

Le droit à l'allocation pour enfant commence à la naissance de l'enfant.
(A partir du 1er juillet 2005)
Pour la collaboratrice, le droit commence à l'accouchement et dure 14 semaines, elles toucheront 80 % du revenu moyen de l'activité lucrative exercée avant l'accouchement, mais au plus CHF 196.- par jour. Si l'enfant doit séjourner longtemps à l'hôpital (3 semaines au minimum), la mère peut demander que le droit à l'allocation ne s'ouvre qu'au moment où l'enfant arrive à la maison.
La mère et l'employeur doivent remplir une demande d'allocation[7] et nous la faire parvenir.

[5] Formulaire demande d'allocations familiales – Annexe 4
[6] Avis d'incapacité de travail IDJ – Annexe 6
[7] Formulaire demande d'allocation de maternité – Annexe 14

Votre collaborateur divorce

Assurance vieillesse et survivants (AVS)

Nous transmettre une copie du jugement de divorce (avec la date exécutoire) et la carte AVS s'il y a changement de nom.

Allocations familiales (AF)

Veuillez nous faire parvenir une copie du jugement de divorce indiquant quel parent détient la garde et l'autorité parentale des enfants.

Allocations pour pertes de gain (APG)

Le droit aux APG continue. Un questionnaire complémentaire sera envoyé afin de déterminer s'il a droit à l'allocation pour enfant.

Votre collaborateur devient veuf/ve

Assurance vieillesse et survivants (AVS)

Vous pouvez la/e rendre attentif qu'elle/il pourrait avoir droit à une rente de veuve/f (selon certaines conditions).

Prendre contact avec nous ou nous adresser le formulaire de demande de rente de survivants.

Allocations familiales (AF)

Veuillez nous faire parvenir une copie de l'acte de décès.

L'enfant de votre collaborateur décède

Allocations pour pertes de gain (APG)

L'allocation pour enfant n'est plus versée.

Allocations familiales (AF)

Veuillez nous faire parvenir une copie de l'acte de décès.

Le droit expire à la fin du mois au cours duquel l'enfant décède.

Suite à un accident, votre collaborateur manque son travail

Prévoyance professionnelle (LPP)

L'assuré actif et l'employeur sont libérés du paiement des cotisations après un délai d'attente de trois mois à compter du début de l'incapacité de travail de l'assuré. En cas d'invalidité partielle, la libération du paiement des cotisations est calculée conformément à l'art. 18.

Dès lors, ce cas doit nous être annoncé au moyen du formulaire « annonce de mutation »[8] dûment rempli.

Accidents (LAA)

Si l'incapacité de travail est inférieure à trois jours, le sinistre doit être annoncé sans retard par une déclaration d'accident-bagatelle LAA[9].

Dès que l'incapacité de travail dépasse 3 jours le cas doit être annoncé sans retard au moyen de la déclaration de sinistre LAA[10].

Avec la déclaration, vous devez nous faire parvenir :

1. La copie du contrat d'engagement
2. Le questionnaire complémentaire11 à la déclaration d'accident
3. Les décomptes de salaires depuis le début de la saison
4. Les fiches de présence depuis le début de la saison

Dès que l'incapacité de travail dure au-delà de 30 jours, une copie de la feuille-accident LAA (formulaire sur lequel le médecin indique la durée de l'incapacité) doit être adressée, une fois par mois, à HOTELA.

Allocations familiales (AF)

Après 90 jours d'arrêt de travail, veuillez nous faire parvenir les copies des décomptes d'incapacité de travail ainsi que les fiches de salaire de votre employé.

En cas d'accident professionnel sans arrêt de travail

A fournir :

- la déclaration d'accident-bagatelle LAA[10] avec
- la copie du contrat d'engagement
- le questionnaire complémentaire[11] à la déclaration d'accident.

En cas d'accident non professionnel sans arrêt de travail,

En plus des documents ci-dessus, vous devez également joindre :

- les décomptes de salaires depuis le début de la saison
- les fiches de présence depuis le début de la saison

[8] Formulaire Annonce de mutation – Annexe 9
[9] Formulaire déclaration d'accident-bagatelle LAA – Annexe 8
[10] Formulaire déclaration de sinistre LAA – Annexe 7
[11] Questionnaire complémentaire – Annexe 15

Suite à une maladie, votre collaborateur manque son travail

Prévoyance professionnelle (LPP)

L'assuré actif et l'employeur sont libérés du paiement des cotisations après un délai d'attente de trois mois à compter du début de l'incapacité de travail de l'assuré. En cas d'invalidité partielle, la libération du paiement des cotisations est calculée conformément à l'art. 18

Dès lors, ce cas doit nous être annoncé au moyen du formulaire « annonce de mutation »[12] dûment rempli.

Indemnités journalières (IDJ)

Pour les cas jusqu'à 1 mois d'incapacité : Annoncer le cas au moyen d'un « avis pour IDJ »[13] accompagné d'un certificat médical qui atteste les dates précises de l'incapacité de travail, indépendamment de la durée du délai d'attente.

Pour les cas de plus d'un mois : Annoncer le cas comme mentionné ci-dessus et ensuite envoyer chaque mois un nouveau certificat médical avec les dates précises (un certificat avec une durée « indéterminée » n'est valable que jusqu'au jour ou il a été signé par le médecin).

Pour la suite c'est HOTELA qui contacte l'affilié pour tout autre document/démarche nécessaire, car ça dépend toujours du cas.

Allocations familiales (AF)

Après 90 jours d'arrêt de travail, veuillez nous faire parvenir les copies des décomptes d'incapacité de travail ainsi que les fiches de salaire de votre employé.

[12] Annonce de mutation – Annexe 9
[13] Avis d'incapacité de travail IDJ – Annexe 6

Votre collaborateur obtient une rente de l'AI

Lorsque l'employé est en arrêt depuis 6 mois, il faut adresser une demande de prestations AI à l'Office AI compétent.

Cet office analysera le dossier et organisera, s'il y a lieu, la réinsertion de l'employé.

Durant la réinsertion, l'assuré recevra des IDJ AI.

Lorsque la réinsertion n'est pas possible ou n'a pas abouti, elle analysera l'éventuel droit à une rente AI.

Si tel est le cas, l'office AI transmettra toutes les informations à la Caisse de compensation compétente afin que cette dernière calcule et verse une rente AI.

Accidents (LAA)

Si l'assuré est en incapacité de travail pour raison d'accident, l'office d'AI nous envoie directement une copie de sa décision de rente. Nous effectuerons un calcul de surindemnisation.

Indemnités journalières (IDJ)

La demande de prestations AI est déclenché par les IDJ. Dès la demande de rente AI, les IDJ sont en contact avec l'office AI ou la caisse de compensation compétente. L'employeur n'a rien besoin d'entreprendre vis-à-vis de l'assurance IDJ.

Votre collaborateur décède

Assurance vieillesse et survivants (AVS)

Vous devez nous aviser en nous transmettant une copie de l'acte de décès.
L'épouse ou l'époux de la personne décédée pourra faire valoir son droit à une éventuelle prestation de survivant auprès de notre caisse de compensation.

Accidents (LAA)

Si l'assuré bénéficiait des indemnités journalières LAA, l'employeur doit nous adresser une copie de l'acte de décès.

Prévoyance professionnelle (LPP)

L'annonce du décès doit nous être adressée au moyen du formulaire « annonce de mutation »[12] dûment rempli.

Indemnités journalières (IDJ)

Si l'employé/e était en incapacité de travail, vous devez nous envoyer une copie de l'acte de décès et les IDJ seront payées jusqu'au jour du décès.

Allocations pour pertes de gain (APG)

Le droit aux APG s'arrête dès le jour du décès.

Allocations familiales (AF)

Si le collaborateur était au bénéfice d'allocations familiales, veuillez nous faire parvenir la copie de l'acte de décès. Les AF continueront à être versées pendant le mois du décès et les 3 mois suivants.

2.3 SORTIE DU COLLABORATEUR

Résiliation du contrat de travail

Prévoyance professionnelle (LPP)

Annoncer le départ du collaborateur par le formulaire « annonce de mutation »14.

Indemnités journalières (IDJ)

Si votre employé désire poursuivre l'assurance, il peut demander une offre à HOTELA.

Accidents (LAA)

Informer par écrit votre collaborateur qu'en cas de résiliation du contrat de travail, la couverture du risque accidents s'éteint 30 jours après la fin du droit au salaire. Sont également considérées comme salaire certaines indemnités telles les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire ou des caisses-maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire.

Si votre employé n'est pas entré au service d'un nouvel employeur, ou s'il n'est pas inscrit à l'assurance-chômage, la couverture d'assurance des accidents non professionnels peut être prolongée par convention pendant 180 jours au plus. Cette prolongation de l'assurance par convention[15] doit être conclue avant l'expiration du rapport d'assurance.

Si votre employé cesse toute activité professionnelle, il doit s'assurer à titre individuel auprès de l'assurance-maladie (assurance subsidiaire en cas d'accidents).

Allocations familiales (AF)

Si le collaborateur est au bénéfice d'allocations familiales, veuillez nous annoncer la date de sortie par écrit ou par téléphone.

[14] Annonce de mutation LPP– Annexe 9
[15] Prolongation de l'assurance accidents durant l'entre-saison – Annexe 13

Départ à l'étranger

Prévoyance professionnelle (LPP)

Annoncer le départ du collaborateur et demander le remboursement de la prestation de libre passage par le formulaire annonce de mutation LPP.
Document de référence : Droit européen applicable à la prévoyance professionnel OFAS bulletin de la prévoyance professionnel n°61 (les pages 2 et 3).

Assurance vieillesse et survivants (AVS)

Les ressortissants des pays avec lesquels la Suisse n'a pas conclu de convention[16] de sécurité sociale, peuvent demander le remboursement de ses cotisations AVS[17]. Pour les ressortissants de pays signataires d'une convention avec la Suisse, ils devront attendre l'âge ordinaire de la retraite en Suisse pour pouvoir demander le versement d'une rente de vieillesse suisse.

Allocations familiales (AF)

Si le collaborateur est au bénéfice d'allocations familiales, veuillez nous annoncer la date de sortie par écrit ou par téléphone.

Accidents (LAA)

Informer par écrit votre collaborateur qu'en cas de résiliation du contrat de travail, la couverture du risque accidents s'éteint 30 jours après la fin du droit au salaire. Sont également considérées comme salaire certaines indemnités telles les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire ou des caisses-maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire.
Si votre employé n'est pas entré au service d'un nouvel employeur, ou s'il n'est pas inscrit à l'assurance-chômage, la couverture d'assurance des accidents non professionnels peut être prolongée par convention pendant 180 jours au plus. Cette prolongation de l'assurance par convention[18] doit être conclue avant l'expiration du rapport d'assurance.

Si votre employé cesse toute activité professionnelle, il doit s'assurer à titre individuel auprès de l'assurance-maladie (assurance subsidiaire en cas d'accidents).

[16] Liste des pays qui ont conclu une convention avec la suisse – Annexe 10
[17] Demande de remboursement des cotisations AVS – Annexe 11
[18] Prolongation de l'assurance accidents durant l'entre-saison – Annexe 13

Départ à la retraite

Prévoyance professionnelle (LPP)

Annoncer avec le formulaire « annonce de mutation[19] » le départ du collaborateur et informer de son droit à la retraite.

Dans le cas d'une rente votre collaborateur peut utiliser le formulaire de l'AVS. Dans le cas contraire (capital), une demande dans ce sens doit être adressée à la fondation.

Assurance vieillesse et survivants (AVS)

Le collaborateur remplit une demande de rente de vieillesse[20] 3 ou 4 mois avant d'atteindre l'âge de sa retraite (65 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes des classes d'âge de 1942 ou postérieures)

Document de référence : Mémento 3.01 Rentes de vieillesse et allocations pour impotents de l'AVS.

Accidents (LAA)

Informer par écrit votre collaborateur qu'en cas de résiliation du contrat de travail, la couverture du risque accidents s'éteint 30 jours après la fin du droit au salaire. Sont également considérées comme salaire certaines indemnités telles les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire ou des caisses-maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire.

Si votre employé n'est pas entré au service d'un nouvel employeur, ou s'il n'est pas inscrit à l'assurance-chômage, la couverture d'assurance des accidents non professionnels peut être prolongée par convention pendant 180 jours au plus. Cette prolongation de l'assurance par convention[21] doit être conclue avant l'expiration du rapport d'assurance.

Si votre employé cesse toute activité professionnelle, il doit s'assurer à titre individuel auprès de l'assurance-maladie (assurance subsidiaire en cas d'accidents).

Si l'assuré bénéficie des indemnités journalières LAA, l'employeur doit nous communiquer par écrit la date exacte de départ.

[19] Annonce de mutation LPP – Annexe 9
[20] Demande de rente de vieillesse – Annexe 12
[21] Prolongation de l'assurance accidents durant l'entre-saison – Annexe 13

Départ à la retraite anticipée/ajournée

Allocations familiales (AF)

Un salarié ayant atteint l'âge ouvrant le droit à une rente de vieillesse peut prétendre aux AF si son salaire mensuel brut dépasse CHF 1'987.- (CHF 1'400.- de franchise + CHF 587.- de salaire brut AVS).

Assurance vieillesse et survivants (AVS)

Le système de retraite flexible mis en place permet aux femmes et aux hommes :

- de l'anticiper de 1 ou 2 ans (une durée d'anticipation calculée en mois n'est pas prévue), ou
- de la retarder de 1 à 5 ans.

La personne qui sollicite une rente anticipée doit remplir le formulaire d'une demande de rente AVS[22]. Il est recommandé de déposer la demande 3 à 4 mois avant d'atteindre l'âge à partir duquel elle désire la toucher.

Document de référence : Mémento 3.04 Age flexible de la retraite

Concernant l'anticipation : Informer votre employé concernant l'obligation de verser des cotisations AVS en tant que personne non-active jusqu'à l'âge de la retraite.

De plus, aucune rente pour enfant n'est versée durant l'anticipation.

Document de référence : Mémento 2.03 Cotisations des personnes sans activité lucrative à l'AVS, à l'AI et aux APG

Prévoyance professionnelle (LPP) et Accidents (LAA)

Idem que pour un départ normal à la retraite.

Indemnités journalières (IDJ)

Si la personne est en incapacité de travail, il faut communiquer la date de la retraite anticipée aux IDJ, car les paiements s'arrêtent le dernier jour de travail.

[22] Demande de rente de vieillesse – Annexe 12

Résiliation du contrat pendant une incapacité de travail (maladie)

Prévoyance professionnelle (LPP)

Remplir le formulaire « annonce de mutation[23] » Première partie à remplir. Vérifier si l'annonce d'incapacité de travail a déjà été annoncée, sinon remplir la rubrique concernée.

Accidents (LAA)

Informer par écrit votre collaborateur qu'en cas de résiliation du contrat de travail, la couverture du risque accidents s'éteint 30 jours après la fin du droit au salaire. Sont également considérées comme salaire certaines indemnités telles les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire ou des caisses-maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire.
Si votre employé n'est pas entré au service d'un nouvel employeur, ou s'il n'est pas inscrit à l'assurance-chômage, la couverture d'assurance des accidents non professionnels peut être prolongée par convention pendant 180 jours au plus. Cette prolongation de l'assurance par convention[24] doit être conclue avant l'expiration du rapport d'assurance.
Si votre employé cesse toute activité professionnelle, il doit s'assurer à titre individuel auprès de l'assurance-maladie (assurance subsidiaire en cas d'accidents).

Indemnités journalières (IDJ)

Si votre employé désire poursuivre l'assurance, il peut demander une offre à HOTELA.

Annoncez la date de résiliation en joignant la lettre de licenciement ou de démission et communiquez l'adresse privée du collaborateur.

Allocations familiales (AF)

Si le collaborateur est au bénéfice d'allocations familiales, veuillez nous annoncer la date de sortie par écrit ou par téléphone ainsi que les coordonnées bancaires ou postales de votre employé.

[23] Annonce de mutation LPP – Annexe 9
[24] Prolongation de l'assurance accidents durant l'entre-saison – Annexe 13

Résiliation du contrat pendant une incapacité de travail (accident)

Prévoyance professionnelle (LPP)

Remplir le formulaire « demande de mutation[25] » Première partie à remplir. Vérifier si l'annonce d'incapacité de travail a déjà été annoncée, sinon remplir la rubrique concernée.

Accidents (LAA)

Informer par écrit votre collaborateur qu'en cas de résiliation du contrat de travail, la couverture du risque accidents s'éteint 30 jours après la fin du droit au salaire. Sont également considérées comme salaire certaines indemnités telles les indemnités journalières de l'assurance-accidents obligatoire ou des caisses-maladie et des assurances-maladie et accidents privées, qui sont versées en lieu et place du salaire.
Si votre employé n'est pas entré au service d'un nouvel employeur, ou s'il n'est pas inscrit à l'assurance-chômage, la couverture d'assurance des accidents non professionnels peut être prolongée par convention pendant 180 jours au plus. Cette prolongation de l'assurance par convention[26] doit être conclue avant l'expiration du rapport d'assurance.
Si votre employé cesse toute activité professionnelle, il doit s'assurer à titre individuel auprès de l'assurance-maladie (assurance subsidiaire en cas d'accidents).

Indemnités journalières (IDJ)

Si votre employé désire poursuivre l'assurance, il peut demander une offre à HOTELA.

Annoncez la date de résiliation en joignant la lettre de licenciement ou de démission et communiquez l'adresse privée du collaborateur.

Allocations familiales (AF)

Si le collaborateur est au bénéfice d'allocations familiales, veuillez nous annoncer la date de sortie par écrit ou par téléphone ainsi que les coordonnées bancaires ou postales de votre employé.

[25] Annonce de mutation LPP – Annexe 9
[26] Prolongation de l'assurance accidents durant l'entre-saison – Annexe 13

3. ANNEXES

3.1 ANNEXE 1 – DEMANDE DE CERTIFICAT AVS

HOTELA

DEMANDE DE CERTIFICAT D'ASSURANCE AVS/AI

318
05.2009

EMPLOYEUR

N° d'affilié : _____

Nom et lieu : _____

EMPLOYÉ(E)

Langue : ☐ français ☐ allemand ☐ italien

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénoms : _____

Sexe : ☐ masculin ☐ féminin

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

_____

Date d'entrée : _____

Ancien numéro d'assurance : _____

Nom de famille et prénoms de la mère : _____

Nom de famille et prénoms du père : _____

Motif de la demande :
- ☐ aucun certificat d'assurance n'a été délivré
- ☐ les indications ne correspondent pas aux données personnelles actuelles *(par exemple suite au mariage ou au divorce)* ou sont incorrectes
- ☐ le certificat a été égaré ou est défraîchi
- ☐ il existe plusieurs certificats d'assurance *(les joindre tous à la demande)*

ATTESTATION

Les indications concernant l'état personnel correspondent à une pièce d'identité officielle (livret de famille, acte d'origine, permis d'établissement ou de séjour, récépissé de papiers d'identité, carte d'identité ou passeport).

Lieu et date	Signature de l'employé(e)	Signature de l'employeur
_____	_____	_____

RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TÉL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

HOTELA

HOTELA

Page N°.....

Décompte des salaires - Année 2016

Seules les rubriques relatives aux assurances conclues auprès d'HOTELA doivent être complétées

1 Numéro AVS	2 Nom et prénom des assurés	3 Période exacte d'occupation du jour / mois	au jour / mois	4 Salaire brut assujetti AVS	5 Salaire brut LPP (à indiquer uniquement si différent de la colonne 4)	6 Déductions LPP effectuées	7 - LAA (indiquer uniquement les employés qui travaillent moins de 8h par semaine)	8 Salaire des jeunes gens et des rentiers non assujettis à l'AVS
		TOTAL PAGE						
		TOTAL GENERAL						

Colonne 3

Période d'occupation exacte (jour et mois). Veuillez indiquer la date de début et de fin d'occupation durant la période décomptée

Colonne 7

TP - hommes et femmes **employés à temps partiel** assurés contre les risques professionnels uniquement. N'appartiennent à cette dernière catégorie que les employé(e)s n'effectuant jamais plus de 8 heures de travail par semaine auprès du même employeur

Colonne 8

Doivent être indiqués :

1. les salaires des personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de cotiser (début de l'assujettissement : 1er janvier qui suit l'année des 17 ans)
2. Les salaires ou parts de salaires francs de cotisations acquis par les personnes ayant atteint l'âge donnant droit à la rente AVS (franchise CHF 1'400.- par mois)

Rue de la Gare 18, Case postale 1251, 1820 Montreux. Tél. 021 962 49 49. www.hotela.ch

3.3 ANNEXE 3 – FORMULAIRE N°105 (ATTESTATION DE COTISATIONS)

HOTELA

Décompte des salaires - Année 2016

Veuillez compléter les rubriques indiquées d'une [X]

[X] **AVS/AI/APG** [X] **Allocations familiales**

Total salaires bruts assujettis (colonne 4) CHF .....
Total salaires bruts non assujettis (colonne 8) CHF .....

[X] **Assurance-chômage** (limite annuelle à CHF 148200)

Total salaires bruts assujettis CHF .....
Assurance-chômage complémentaire CHF .....

[ ] **Indemnité journalière maladie**

Total des salaires bruts assujettis CHF .....

[X] **Assurance-accidents LAA** (limite annuelle à CHF 148200)

Total des salaires bruts assujettis - hommes CHF .....
Total des salaires bruts assujettis - femmes CHF .....
Total des salaires bruts - temps partiel (moins 8h hebdomadaire) CHF .....

[ ] **HOTELA Fonds de prévoyance**

Total des cotisations LPP (colonne 6) CHF .....

[X] **Contrôle d'affiliation LPP**

Etes-vous affilié auprès d'une Institution de prévoyance reconnue ? [ ] Oui [ ] Non

Si oui, nom de l'Institution .....
Si non, indiquer la raison (voir au verso) .....

Certifié conforme

Date Signature de l'employeur

Par sa signature, l'employeur atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des remarques indiquées au verso de ce document.

Rue de la Gare 18 . Case Postale 1251 . 1820 Montreux 1 . Tél. 021 962 49 49 . welcome@hotela.ch . www.hotela.ch

Formulaire 105

3.4 ANNEXE 4 – FORMULAIRE DEMANDE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

HOTELA

Allocations familiales

Demande d'allocations familiales (formulaire 201)

07.2014

Si les enfants sont issus de plusieurs unions, veuillez remplir un questionnaire par union.

Employeur

N° d'affilié: _____

Allocataire

Nom	: _____	N° AVS	: _____
Prénom	: _____	Nationalité	: _____
Rue	: _____	Date de naissance	: _____
NPA - Lieu	: _____	Etat civil	: _____
Téléphone	: _____	Dès le	: _____

Permis de travail (travailleur étranger)

Type de permis	dès le	Type de permis	dès le
☐ B (séjour)		☐ L (courte durée)	
☐ C (établissement)		☐ F (admission provisoire)	
☐ G (frontalier)		☐ N (requérant d'asile)	

Informations concernant l'activité professionnelle

Employeur : _____

Employé depuis le : _____

Contrat de travail : ☐ fixe, taux d'activité : _____%

☐ activité irrégulière

Salaire mensuel brut y compris le 13ème :

CHF _____

Recevez-vous des prestations d'une autre assurance?

☐ oui ☐ non

Si oui, indemnité journalière :

☐ maladie ☐ accident ☐ maternité ☐ chômage

Exercez-vous simultanément une activité lucrative indépendante?

☐ oui ☐ non

Si oui, depuis quand ? _____

Travaillez-vous simultanément pour un autre employeur?

☐ oui ☐ non

Si oui, depuis quand? _____

Nom et adresse de l'employeur :

_____

_____

_____

Téléphone : _____

Canton/pays de travail : _____

Contrat de travail : ☐ fixe, taux d'activité : _____%

☐ activité irrégulière

*Salaire mensuel brut y compris le 13ème : CHF _____

Les allocations familiales sont demandées à partir du _____ (jour / mois / année)

Enfants à charge

Nom & prénom des enfants	Date de naissance	Sexe	Nationalité	Canton/pays de résidence habituelle	Dès le	*A	*B	*C	*D
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐
						☐	☐	☐	☐

Indiquer le lien de parenté de l'enfant avec l'allocataire

*A = propre enfant	*B = enfant adopté	*C = enfant du conjoint	*D = enfant recueilli

Rue de la Gare 18, Case postale 1251, 1820 Montreux 1, Tél. 021 962 49 49, www.hotela.ch

HOTELA

Données personnelles du conjoint / de l'autre parent

☐ conjoint ☐ concubin ☐ ex-conjoint ☐ partenaire enregistré ☐ père inconnu

Nom	: _____	Téléphone	: _____
Prénom	: _____	N° AVS	: _____
Rue	: _____	Etat civil	: _____ Dès le : _____
NPA - Lieu	: _____	Date de naissance	: _____
Pays	: _____	Nationalité	: _____

☐ sans activité lucrative

☐ salarié ☐ indépendant ☐ au chômage

En cas d'activité lucrative ou de chômage, depuis quand ?

_____

Employeur : _____

Canton/pays de travail : _____

Contrat de travail : ☐ fixe, taux d'activité : _____ %

☐ activité irrégulière

*Salaire mensuel brut y compris le 13ème : CHF _____

*Si indépendant, revenu annuel : CHF _____

Travaillez-vous simultanément pour un autre employeur?

☐ oui ☐ non

Si oui, depuis quand ? _____

*Salaire mensuel brut y compris le 13ème : CHF _____

Recevez-vous d'autres prestations sociales?

☐ oui ☐ non

Si oui, indemnité journalière : ☐ maladie ☐ accident ☐ maternité

*☐ L'allocataire et son conjoint ou l'autre parent ne souhaitent pas que leur revenu soit indiqué sur ce formulaire. Le revenu brut sera directement communiqué à HOTELA via le formulaire complémentaire « Confirmation du revenu ».

Attestation et signature de l'employé(e)

Je certifie que ces données sont complètes et conformes à la vérité. Je prends connaissance du fait que je suis punissable pour des indications inexactes ou incomplètes qui pourraient entraîner le versement d'une allocation injustifiée et que les prestations perçues à tort devront être restituées. Je m'engage en outre à informer immédiatement HOTELA de tout fait nouveau pouvant influencer le droit aux prestations, tel que : changement de l'état civil, nombre et domicile des enfants, changement d'emploi ou de salaire des deux parents, cas de maladie ou d'accident entraînant une incapacité de travail de plus de 90 jours consécutifs.

_____ _____

Lieu et date Signature

Attestation et signature de l'employeur

L'employeur certifie que ces données sont complètes et conformes à la vérité. Il s'engage à informer immédiatement HOTELA de tout changement pouvant influencer le droit aux prestations. Les allocations versées sans l'assentiment de la caisse ne seront, en cas de refus, pas remboursées.

_____ _____

Lieu et date Signature et timbre

Documents à joindre avec la demande d'allocations familiales

Enfants de parents mariés	l'acte de mariage
Enfants étrangers	l'acte de naissance ou le certificat de famille
Enfants étrangers avec domicile à l'étranger	la carte d'identité ou le passeport
Enfants en formation professionnelle	l'attestation d'étude ou de formation professionnelle avec indication de tous les revenus d'activité lucrative perçus pendant la période de formation
Enfants de parents séparés ou divorcés	la convention de séparation ou le jugement de divorce d'où ressort l'autorité parentale et chez qui l'enfant vit la plupart du temps
Enfants de parents célibataires	la déclaration commune des parents relative à l'autorité parentale conjointe sur l'enfant approuvée par l'autorité de protection de l'enfant
Le conjoint/autre parent est indépendant	l'attestation de sa caisse AVS le certifiant, avec la date de début d'affiliation
Le conjoint/autre parent est au chômage	l'attestation de la caisse du chômage le certifiant, avec la date de début

Rue de la Gare 18, Case postale 1251, 1820 Montreux 1, Tél. 021 962 49 49, www.hotela.ch

3.5 ANNEXE 5 – TRANSFERT DE LA PRESTATION DE LIBRE PASSAGE LPP

HOTELA

PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE

PASSAGE DE LA PRESTATION DE SORTIE À NOTRE CAISSE DE PENSION

Votre employeur actuel est affilié auprès de notre fondation pour la prévoyance professionnelle. Vous avez changé de Caisse de pension et vous devez effectuer les démarches nécessaires pour le transfert de votre prestation de libre passage. Le transfert est obligatoire et augmente ainsi les prestations assurées.

VOS DONNÉES PERSONNELLES

N° AVS : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse privée : _____

_____

Ancien employeur : _____

Nouvel employeur : _____

Adresse : _____

Date d'entrée : _____

COORDONNÉES POUR LE TRANSFERT DE LA PRESTATION DE SORTIE

Nouvelle institution de prévoyance

HOTELA Fonds de prévoyance
Rue de la Gare 18
1820 Montreux

Adresse de paiement

Compte de chèques postaux 18-4660-6

IBAN CH05 0900 0000 1800 4660 6

➔ **SVP transmettez ce formulaire à votre précédente Caisse de pension.**

Lieu et date

_____

Votre signature

_____

RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TÉL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

3.6 ANNEXE 6 – AVIS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL IDJ

HOTELA

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE MALADIE

AVIS D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

07.2009

(Toute incapacité de travail doit être annoncée à HOTELA dans un délai de 30 jours)

PRENEUR D'ASSURANCE

N° d'affilié : _____

Etablissement : _____

Personne responsable : _____

Rue : _____

NPA / Localité : _____

N° de téléphone : _____

Adresse E-Mail : _____

COORDONNÉES BANCAIRES OU CCP POUR PAIEMENT

Nom de la banque : _____

Adresse : _____

N° de clearing : _____

Titulaire du compte : _____

N° IBAN : _____

CCP : _____

PERSONNE ASSURÉE

N° AVS : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Rue : _____

NPA / Localité : _____

N° de téléphone : _____

Adresse E-Mail : _____

Date de naissance : _____

Date d'engagement dans l'entreprise : _____

Genre d'activité exercée : _____

Nationalité : _____ Etat civil : _____

Permis de travail (pour les étrangers uniquement): _____

☐ B ☐ C ☐ F ☐ G ☐ L ☐ N

Validité : du _____ au _____

Contrat de travail résilié pour le : _____

Travail régulier ☐ Travail irrégulier ☐ Horaire de travail de l'assuré(e) : Jours/semaine _____ Heures/semaine _____

Taux d'activité de la personne assurée : _____ %

SALAIRE	HEURE	JOUR	MOIS	ANNÉE
Salaire de base (brut)				
Allocation de renchérissement				
A la tâche / commission				
Allocation pour enfants / famille				
Indemnités pour vacances / jours fériés				
Autres allocations				
Gratification / 13ème salaire				

Veuillez joindre les copies des fiches de salaire des 6 derniers mois.

De quelle affection souffre la personne assurée ? _____

S'agit-il d'une grossesse ? Non ☐ Oui ☐ Terme prévu le _____

Nom, prénom et adresse du médecin traitant _____

Taux et durée de l'incapacité de travail _____ % du _____ au _____

Reprise du travail le _____ Prévue le _____

Est-ce que la personne assurée a droit à des prestations d'une autre assurance (indemnités journalières ou rentes) ? Non ☐ Oui ☐ _____

Si oui laquelle ? _____

Date : _____ **Timbre & signature du preneur d'assurance :** _____

RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TÉL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

3.7 ANNEXE 7 – FORMULAIRE DÉCLARATION DE SINISTRE LAA

HOTELA

RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

Déclaration de sinistre LAA

☐ Accident ☐ Dommage dentaire
☐ Maladie prof. ☐ Rechute

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans ____enfant(s) ☐ Aucun
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ contrat de travail résilié		
	Horaire de travail du blessé _____heures par semaine	Taux d'occupation contractuel _____pour cent	
	Horaire de travail dans l'entreprise: _____heures par semaine	Occupation: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel	
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p. ex. place de travail, rue)		
6. Faits (description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)	Activité au moment de l'accident: déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident Personne(s) impliquée(s): Existe-t-il un rapport de police? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
8. Accident non prof.	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)? Jusqu'à: Motif d'absence:		
9. Blessure	Partie du corps atteinte: _____ ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Type de lésion:		
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? ☐ oui ☐ non	Si oui, depuis quand?	
	Durée probable de l'incapacité de travail supérieure à 1 mois ☐	Le travail a été repris le ☐ plein temps ☐ temps part.	
11. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

12. Salaire	CHF par	heure	mois	année
Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise	_____			
Allocations pour enfants, famille	_____			
Indemnités pour vacances, jours fériés	_____ en % ou			
Gratification, 13' mois de salaire (et suivants)	_____ en % ou			
Autres compl. de sal. (p. ex. à la tâche/commission/en nature/ind. pour trav. par équipes)				
Désignation:				

13. Cas spéciaux	☐ Assurance facultative des patrons ☐ Membre de la famille, associé ☐ Autre(s) employeur(s):
14. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, de la Suva ou d'une autre assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-vieillesse et survivants, d'une institution de prévoyance professionnelle, de l'assurance militaire, de la caisse de chômage? Si oui, de laquelle?

Lieu et date Timbre et signature

HOTELA

HOTELA

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

Feuille de pharmacie LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	
	NPA Domicile		

Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute

Indications pour le blessé

Lorsque l'assurance a garanti la prise en charge des frais de traitement, la pharmacie vous délivre les médicaments prescrits par le médecin sans en demander le paiement.

Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie. La présente feuille doit lui être remise. Nous vous prions d'inscrire ci-dessus le numéro de sinistre qui figure dans toute notre correspondance ou de le faire inscrire à la pharmacie.

Indications pour le pharmacien

L'assurance avise le blessé lorsqu'elle prend en charge les frais de traitement. Veuillez demander à prendre connaissance de cet avis, qui constitue aussi pour vous une garantie de paiement, et reportez le numéro de sinistre qui y figure sur la présente feuille de pharmacie.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix CHF	Ct.

Joindre les ordonnances s. v. p. Total

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse ci-dessus.

Vous pouvez demander à l'assurance une nouvelle feuille de pharmacie en indiquant le numéro de sinistre si

- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
- des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Date:

Timbre de la pharmacie:

N° de compte postal ou N° de concordat

Va à: assuré → pharmacie → HOTELA

HOTELA

HOTELA

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

Feuille-accident LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans ____enfant(s) ☐ Aucun
Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire		
	Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ contrat de travail résilié		
	Horaire de travail du blessé: _____heures par semaine	Taux d'occupation contractuel: _____pour cent	
	Horaire de travail dans l'entreprise: _____heures par semaine	Occupation: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel	
Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		

Indications pour le blessé

Nous vous prions d'inscrire le numéro de sinistre – qui figure dans toute notre correspondance – sur la feuille-accident et la feuille de pharmacie et de l'indiquer à chaque occasion.

La feuille-accident reste en votre possession pendant la durée du traitement; elle doit être présentée au médecin à chaque visite et remise à l'employeur après la fin du traitement. La feuille-accident ne constitue pas la garantie d'un droit aux prestations.

Changement de médecin. En cas de changement de médecin, veuillez prendre contact immédiatement avec l'assurance.

Traitement à l'hôpital. En tant qu'assurance-accidents obligatoire, nous couvrons les frais en division commune. Pour la durée de séjour hospitalier, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière.

L'incapacité de travail est inscrite par le médecin sur la feuille-accident. Lorsqu'elle n'est que partielle, il faut observer l'horaire de travail complet, sauf si le médecin en prescrit un autre pour des raisons médicales (voir l'encadré en bas à gauche).*

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour après l'accident. L'indemnité journalière comprend 80 % du gain assuré. La communication que chaque assuré reçoit lors de l'acceptation de l'accident renseigne sur le paiement de l'indemnité.

Les frais de voyage et de transport nécessaires (p. ex. pour se rendre chez le médecin/à l'hôpital le plus proche) vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (p. ex. transports publics). Le cas échéant, prenez un abonnement. Veuillez noter sur votre note de frais le numéro de votre compte postal ou celui de votre banque. Si, pour des raisons personnelles, vous vous faites soigner en dehors du lieu de votre domicile, les frais supplémentaires qui en résultent ne peuvent pas être pris en charge par l'assurance.

Inscriptions du médecin

Date et heure de la prochaine consultation	Date et heure de la consultation faite	Incapacité de travail Degré	Incapacité de travail à partir du	Signature du médecin

* Remarques éventuelles quant à la capacité partielle				
1)	%, c.-à-d.	h par jour à	%	
2)	%, c.-à-d.	h par jour à	%	
3)	%, c.-à-d.	h par jour à	%	

Date et heure de la prochaine consultation	Date et heure de la consultation faite	Incapacité de travail Degré	Incapacité de travail à partir du	Signature du médecin

Le traitement médical a pris fin le	Médicaments délivrés par (nom et adresse de la pharmacie):

Timbre du médecin

Va à: assuré → entreprise → HOTELA

3.8 ANNEXE 8 – FORMULAIRE DÉCLARATION D'ACCIDENT-BAGATELLE LAA

HOTELA

RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

		N° de sinistre	
1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue		Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ contrat de travail résilié		
	Horaire de travail du blessé: ____ heures par semaine	Taux d'occupation contractuel: ____ pour cent	
	Horaire de travail dans l'entreprise: ____ heures par semaine	Occupation: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel	
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p. ex. place de travail, rue)		
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
	Personne(s) impliquée(s):		
	Existe-t-il un rapport de police? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
8. Accident non prof.	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)? Jusqu'à: Motif d'absence:		
9. Blessure	Partie du corps atteinte: ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Type de lésion:		
10. Adresses	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	
	Lieu et date	Timbre et signature	

Indications pour l'employeur

Une déclaration d'accident-bagatelle doit être remplie lorsqu'il n'existe pas d'incapacité de travail ou lorsque celle-ci ne dure pas plus de trois jours (jour de l'accident et les deux jours suivants).

Exceptions: il convient d'utiliser un jeu de formules «déclaration de sinistre LAA» en lieu et place de la présente déclaration d'accident-bagatelle en cas de
- maladie professionnelle,
- dommage dentaire, ou
- rechute.

Pour toute demande de remboursement, prière d'indiquer ci-dessous le numéro de CPP ou de compte bancaire de l'intéressé.

Va à:
- première page → HOTELA
- feuille «copie» → double pour votre dossier
- feuille «pharmacie» → assuré → pharmacie → HOTELA

112.2004 - f

HOTELA

HOTELA

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

Déclaration d'accident-bagatelle LAA
Double pour l'entreprise

	N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue		Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire		
	Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ contrat de travail résilié		
	Horaire de travail du blessé: ____heures par semaine	Taux d'occupation contractuel: ____pour cent	
	Horaire de travail dans l'entreprise: ____heures par semaine	Occupation: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel	
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p. ex. place de travail, rue)		
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
	Personne(s) impliquée(s):		
	Existe-t-il un rapport de police? ☐ oui ☐ non ☐ inconnu		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
8. Accident non prof.	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)?		
	Jusqu'à: Motif d'absence:		
9. Blessure	Partie du corps atteinte: ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée		
	Type de lésion:		
10. Adresses	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	
	Lieu et date	Timbre et signature	

COPIE

HOTELA

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

Feuille de pharmacie LAA

	N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue		
	NPA Domicile		
Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		

Indications pour le blessé

Les médicaments prescrits par le médecin vous sont délivrés sans frais par la pharmacie contre remise de la présente feuille. Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie

Indications pour le pharmacien

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse ci-dessus.

Vous pouvez nous demander une nouvelle feuille de pharmacie si
- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
- des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Blessure	Partie du corps atteinte: _____ ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Type de lésion:	
Adresses	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)
	Lieu et date	Timbre et signature

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix CHF	Ct.
Joindre les ordonnances s. v. p.	Total		

Date:

Timbre de la pharmacie:

N° de compte postal ou N° de concordat

Va à: assuré → pharmacie → HOTELA

3.9 ANNEXE 9 – ANNONCE DE MUTATION LPP

HOTELA

PREVOYANCE PROFESSIONNELLE

ANNONCE DE MUTATION LPP

06.2013

Employeur

N° d'affilié : _____

Nom et lieu : _____

Employé(e)

N° AVS : _____

Date de naissance : _____

Nom et prénom : _____

Adresse exacte : _____

_____

Etat civil : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ en instance de divorce ☐ séparé(e) ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ Partenariat enregistré

Date du mariage : _____

Permis de travail : ☐ B ☐ C ☐ F ☐ G ☐ L ☐ N

Motif de l'annonce

☐ **Sortie de l'établissement** (uniquement pour les personnes de plus de 25 ans)

Date de fin du contrat : _____

Période de travail pendant l'année en cours : du _____ au _____

Incapacité de travail durant cette période : ☐ oui ☐ non

Si **oui**, merci de joindre les fiches de salaires

Si **non**, merci d'indiquer le

Salaire déterminant AVS pour cette période : CHF _____

Cotisation LPP déduite : CHF _____

☐ **Incapacité de travail** (libération des primes après 90 jours)

☐ Maladie ☐ Accident

Début de l'incapacité de travail : _____

Nom et adresse de l'assureur indemnités journalières : _____

N° de contrat : _____

☐ **Retraite anticipée** (femmes dès 59 ans, hommes dès 60 ans)

☐ **Age ordinaire de la retraite** (femmes 64 ans, hommes 65 ans)

☐ **Décès**

Date du décès : _____

☐ **Changement d'état civil**

Motif : _____

Nouveau nom : _____

Depuis quelle date : _____

Lieu et date

Votre timbre et votre signature

_____ _____

Partie pour l'employé(e) au verso

Rue de la Gare 18, Case postale 1251, 1820 Montreux 1, Tél. 021 962 49 49, www.hotela.ch

HOTELA

A remplir par l'employé(e)

Prestation de libre passage

☐ **Changement d'employeur**

Nouvel employeur : _____

Adresse exacte : _____

_____

Nouvelle Caisse de pension : _____

Adresse exacte : _____

_____

N° de contrat : _____

Relation bancaire ou CCP : _____

_____

☐ **Cessation de l'activité lucrative (chômage ou autres)**
Joindre la demande d'ouverture d'un compte bloqué

Paiement en espèces

Etat civil : ☐ *célibataire ☐ *veuf(ve) ☐ *divorcé(e) depuis le _____ date d'entrée en force du jugement)

*** A joindre un extrait d'état civil actuel**

☐ marié(e) ☐ en instance de divorce ☐ séparé(e) ☐ Partenariat enregistré

Enfants mineurs ou enfants à votre charge en formation : ☐ oui ☐ non

☐ **Début d'une activité indépendante,** si vous n'êtes plus soumis à la prévoyance professionnelle obligatoire
Joindre l'attestation d'affiliation de votre Caisse de compensation

☐ **Départ définitif de la Suisse**
Joindre l'annonce de départ du contrôle des habitants
Si vous êtes soumis(e) à l'assurance obligatoire dans un Etat membre de l'UE ou de l'AELE, la prestation de sortie de la part obligatoire LPP ne peut plus être versée en espèces (informations complémentaires sous www.sfbvg.ch).

Départ pour (pays) : _____

Adresse de domicile exacte à l'étranger : _____

_____

☐ **Prestation de sortie insignifiante,** si elle est inférieure au montant annuel de vos cotisations

Adresse de paiement pour les paiements en espèces

A indiquer avec précision ou joindre un relevé d'identité bancaire

☐ **Par poste**

CCP en Suisse : _____

Titulaire du compte : _____

☐ **Par banque**

Nom de la banque : _____

NPA, lieu et pays : _____

Adresse SWIFT (BIC) : _____

IBAN : _____

Titulaire du compte : _____

Je déclare que les données indiquées correspondent à la réalité. Je prends acte que le paiement en espèces de la prestation de libre passage met fin à tous mes droits envers HOTELA Fonds de prévoyance et que tous les frais de transfert sont à ma charge si le paiement est effectué sur mon compte bancaire ou postal à l'étranger.

Lieu et date : _____ Votre signature : _____

La signature du conjoint/partenaire enregistré doit être authentifiée par un organisme officiel ; notaire, poste, banque, contrôle des habitants ou au siège de la fondation

Signature du conjoint : _____

Rue de la Gare 18, Case postale 1251, 1820 Montreux 1, Tél. 021 962 49 49, www.hotela.ch

3.10 ANNEXE 10 – LISTE DES PAYS AYANT CONCLU UNE CONVENTION AVEC LA SUISSE

La Suisse a conclu des conventions de sécurité sociale avec les pays suivants :
(Etat au 01.01.2013)

Australie	Etats-Unis d'Amérique	Philippines
Bosnie-Herzégovine	Inde	Saint-Marin
Monténégro	Israël	Serbie
Canada/Québec	Japon	Turquie
Chili	Macédoine	Uruguay
Corée du Sud		+ pays de l'UE

Union Européenne
(Etat au 1.1.2013)

Allemagne	France	Pologne
Autriche	Grèce	Portugal
Belgique	Hongrie	République Tchèque
Bulgarie	Irlande	Roumanie
Chypre	Italie	Royaume-Uni
Croatie	Lettonie	Slovaquie
Danemark	Lituanie	Slovénie
Espagne	Luxembourg	Suède
Estonie	Malte	
Finlande	Pays-Bas	

AELE
(Association européenne de libre-échange)

Islande	Liechtenstein	Norvège

3.11 ANNEXE 11 – DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES COTISATIONS AVS

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Assurance-vieillesse et survivants fédérale AVS

Demande de remboursement des cotisations AVS

Numéro d'assuré suisse :	Reçue le : (ne pas remplir)
756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _	

1. Données personnelles de l'assuré/e ou de la personne décédée

1. Nom de famille _____
2. Noms antérieurs _____
3. Prénom/s _____
4. Date de naissance _____ (jour, mois, année)
5. Date de décès _____ (jour, mois, année)
6. Sexe ☐ Homme ☐ Femme
7. Nationalité _____
8. Possédez-vous plus d'une nationalité? ☐ Non ☐ Oui, autre/s nationalité/s _____
9. Etat civil actuel ☐ Célibataire ☐ Marié/e dès le _____ (jour, mois, année) ☐ Divorcé/e dès le _____ (jour, mois, année) ☐ Veuf/veuve dès le _____ (jour, mois, année) ☐ Séparé/e dès le _____ (jour, mois, année)
10. Avez-vous été marié/e plusieurs fois ? ☐ Non ☐ Oui, identité des ex-conjoints à indiquer ci-dessous :

	Nom/s	Prénom/s	Date de naissance jour, mois, année
1er conjoint			
2ème conjoint			
3ème conjoint			

11. Adresse du dernier domicile en Suisse _____
N.P.A. _____ Localité _____ Pays _____
12. Adresse du domicile à l'étranger _____
N.P.A. _____ Localité _____ Pays _____

602.101 f 2011 Page 1

14. Avez-vous le statut de réfugié dans votre pays de résidence actuel à l'étranger ? Non ☐ Oui ☐

15. Date de votre entrée en Suisse _____ jour, mois, année

16. Date de votre départ **définitif** de Suisse _____ jour, mois, année

17. Une personne mentionnée dans la présente demande a-t-elle déjà reçu des prestations de l'AVS / AI ? Non ☐ Oui, à préciser dans une lettre à joindre au formulaire ☐

2. Informations générales concernant le domicile et l'activité professionnelle en Suisse de l'assuré/e

1. Où et durant combien de temps avez-vous séjourné ou avez-vous été domicilié/e en Suisse ?
Indiquer le genre de permis : frontalier, domicile à l'année, permis G/L/B/C, réfugié ou autre, à préciser

Localité	du (mois, année)	au (mois, année)	Genre de permis

2. Où et durant combien de temps avez-vous exercé une activité professionnelle en Suisse ?
Indiquer toutes les activités professionnelles exercées en Suisse :

Employeur et profession exercée	Localité	du (mois, année)	au (mois, année)

3. Informations concernant tous les enfants de l'assuré/e

Nom de famille	Prénom/s	Date de naissance jour, mois, année	Sexe F/M	A séjourné en Suisse NON	A séjourné en Suisse OUI	Date de départ de Suisse jour, mois, année
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	
				☐	☐	

No d'assuré suisse du conjoint

756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _

4. Données personnelles du conjoint ou de la veuve / du veuf

1. Nom de famille _____

2. Noms antérieurs _____

3. Prénom/s _____

4. Date de naissance _____ (jour, mois, année)

5. Nationalité : _____

6. Votre conjoint possède-t-il plus d'une nationalité ? Non ☐ Oui, autre/s nationalité/s _____ ☐

7. Adresse du domicile actuel _____

8. Votre conjoint a-t-il séjourné ou a-t-il été domicilié en Suisse ? Non ☐ Oui * ☐

*Si oui, veuillez compléter ci-dessous en indiquant le genre de permis : frontalier, domicile à l'année, permis G/L/B/C, réfugié ou autre, à préciser

Localité	du (mois, année)	au (mois, année)	Genre de permis

9. Votre conjoint a-t-il exercé une activité professionnelle en Suisse ? Non ☐ Oui * ☐

*Si oui, veuillez indiquer toutes ses activités professionnelles exercées en Suisse :

Employeur et profession exercée	Localité	du (mois, année)	au (mois, année)

10. Date de l'entrée en Suisse du conjoint _____ (jour, mois, année)

11. Date de son départ **définitif** de Suisse _____ (jour, mois, année)

HOTELA

No d'assuré suisse de l'ex-conjoint

756. _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _

5. Données personnelles de l'ex-conjoint.
A remplir si l'assuré/e a contracté plus d'un mariage.

1. Nom de famille _____

2. Noms antérieurs _____

3. Prénom/s _____

4. Date de naissance _____ (jour, mois, année)

5. Date du mariage _____ (jour, mois, année) Date du divorce _____ (jour, mois, année) Date du décès _____ (jour, mois, année)

6. Adresse du domicile actuel _____

7. Votre ex-conjoint a-t-il séjourné ou a-t-il été domicilié en Suisse ? Non ☐ Oui * ☐

*Si oui, veuillez compléter ci-dessous en indiquant le genre de permis : frontalier, domicile à l'année, permis G/L/B/C, réfugié ou autre, à préciser

Localité	du (mois, année)	au (mois, année)	Genre de permis

8. Votre ex-conjoint a-t-il exercé une activité professionnelle en Suisse ? Non ☐ Oui * ☐

*Si oui, veuillez indiquer toutes ses activités professionnelles exercées en Suisse :

Employeur et profession exercée	Localité	du (mois, année)	au (mois, année)

9. Si vous avez d'autres ex-conjoints, prière de mentionner les données les concernant, requises sous les points 1 à 7, sur une feuille à annexer au présent formulaire ou photocopier la présente page autant de fois que nécessaire.

6. Adresse de paiement

Nom de la banque / poste _____

Adresse de la banque / poste (rue et numéro) _____

_____

N.P.A. _____ Localité _____ Pays _____

Code bancaire (SWIFT/BIC)* _____
* Australie : BSB Number / Canada : Transit Number / USA: ABA Detail

Numéro du compte personnel ou IBAN (International Bank Account Number) obligatoire en Union Européenne :

_____

7. Déclaration de l'assuré/e

Le/la soussigné/e a pris connaissance de ce qui suit :

- les cotisations remboursées ne peuvent plus lui ouvrir aucun droit à l'égard de l'AVS ou de l'AI suisse
- après remboursement, il/elle ne peut plus verser à nouveau à l'AVS les cotisations remboursées
- le remboursement des cotisations de l'assuré/e exclut le droit à des prestations de survivants en faveur du conjoint et/ou des enfants.

La personne assurée confirme, qu'elle-même **ainsi que toute sa famille** (conjoint et enfant/s de moins de 25 ans) ont quitté définitivement la Suisse ou qu'ils envisagent d'établir leur domicile à l'étranger.

Le/la soussigné/e déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conformément à la vérité. Les personnes qui fourniraient des informations fausses ou incomplètes afin d'obtenir une prestation à laquelle ils n'ont pas droit, sont passibles de poursuites judiciaires. Les prestations versées sur la base d'informations ou de déclarations inexactes devront être restituées.

Lieu et date _____ Signature de l'assuré/e ou du requérant _____

8. Procuration (facultatif)

Le requérant donne procuration à

Nom, Prénom/s _____

Adresse _____

_____

_____

pour le représenter, prendre connaissance du dossier, agir en son nom et recevoir la décision et les documents concernant la liquidation de la présente demande. **Veuillez joindre une copie de la pièce d'identité du mandataire.**
Les personnes qui fourniraient des déclarations fausses ou incomplètes afin d'obtenir une prestation à laquelle l'assuré n'a pas droit sont passibles de poursuites judiciaires. Les prestations versées sur la base d'informations ou de déclarations inexactes devront être restituées.

Lieu et date _____ Signature de l'assuré/e ou du requérant _____ Signature du mandataire _____

Observations :

_____

_____

INFORMATIONS IMPORTANTES

Documents à joindre à la demande :

- Certificat/s d'assuré à l'AVS
- Copie de l'attestation de départ de Suisse (si en votre possession)
- Certificat de nationalité actuelle ou copie du passeport valable pour vous et votre famille : conjoint et enfants de moins de 25 ans.
- Pour les réfugiés, un certificat concernant leur statut est **indispensable**
- Attestation de résidence légalisée actuelle pour vous et votre famille ainsi que pour le domicile présumé à l'étranger pour chaque membre de la famille

Conditions du droit au remboursement :

- Vous devez avoir cotisé pendant au moins une année
- Vous et votre famille (conjoint et enfants de moins de 25 ans) devez avoir quitté la Suisse définitivement ou avoir la ferme intention de le faire.
- Les enfants majeurs, mais ayant moins de 25 ans, peuvent rester en Suisse à condition qu'ils aient achevés leur formation sans faire obstacle au remboursement.
- La demande de remboursement peut être déposée dès l'intention de quitter le territoire exprimée et après le départ définitif, jusqu'à ce que la personne assurée ait atteint l'âge de la retraite ou en cas de décès de la personne assurée.
- Le droit au remboursement **se prescrit par cinq ans** dès l'accomplissement de l'événement assuré.

Indications pour compléter le formulaire :

- **Veuillez compléter le formulaire en caractère d'imprimerie**
- Mentionner le nom de famille actuel ou le nom acquis par mariage.
- Tous les noms doivent être mentionnés.
- Mentionner tous les prénoms dans l'ordre, d'après l'acte de naissance ou d'après un document officiel.
- Indiquer les noms antérieurs « ALIAS » ou « dit ».
- Indiquer toutes les nationalités dont la personne assurée est titulaire actuellement.
- Mentionner les noms des entreprises ou le nom et prénom de l'employeur.
  Les personnes indépendantes indiqueront « indépendant ».
- Indiquer la date du départ de la Suisse et **joindre copie de l'attestation de départ, si possible**.
- Mentionner également les conjoints décédés, séparés et/ou divorcés.
- Pour tous les conjoints divorcés, **joindre la copie du jugement comprenant la date d'entrée en vigueur.**
- Mentionner un compte bancaire **personnel**.
- Pour le représentant légal, **compléter le point 9. du formulaire et joindre une copie de sa pièce d'identité.**
- Indiquer le statut (résident, réfugié, apatride, ...) que vous possédez dans le pays de résidence actuelle et dans celui où vous avez l'intention de vous rendre à l'exception de la Suisse.

Formulaire à envoyer par courrier postal à l'adresse suivante :

Caisse suisse de compensation CSC
Avenue Edmond-Vaucher 18
Case Postale 3100
1211 Genève 2
Suisse

ANNEXE 12 – DEMANDE DE RENTE VIEILLESSE

Demande de rente de vieillesse

AHV AVS AI IV

1. Identité

1.1 Nom

Indiquer aussi le nom de célibataire

1.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

1.3 Date de naissance

jour, mois, année

1.4 Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces en commençant par 756

1.5 Sexe

○ masculin ○ féminin

1.6 Etat civil

○ célibataire

○ marié(e) depuis :

○ veuf(veuve) depuis :

○ divorcé(e) depuis :

○ séparé(e) judiciairement depuis :

○ partenariat enregistré depuis :

○ partenariat enregistré dissous par le décès depuis :

○ partenariat enregistré dissous judiciairement depuis :

○ partenariat enregistré dissous par le juge depuis :

1.7 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

Téléphone / Portable

Courriel

1.8 Nationalité

Nationalité

Citoyenneté suisse depuis :

Lieu d'origine / Canton

1.9 Existe-t-il une curatelle ?

oui non

Si oui : Nom et adresse du curateur

Siège de l'autorité de protection de l'adulte

A joindre : Copie de la décision de l'autorité de protection de l'adulte concernant la mise en place d'une curatelle (dispositif)

2. Données personnelles du conjoint / de la conjointe ou du partenaire enregistré/de la partenaire enregistrée

2.1 Nom

Indiquer aussi le nom de célibataire

2.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

2.3 Date de naissance

jour, mois, année

2.4 Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces en commençant par 756

2.5 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

Téléphone / Portable

Courriel

2.6 Nationalité

Nationalité

Citoyenneté suisse depuis

Lieu d'origine / Canton

3. Enfants

Bonification pour tâches éducatives
Les assurés ont droit à une bonification pour tâches éducatives pour les années durant lesquelles ils exercent l'autorité parentale sur un ou plusieurs enfants âgés de moins de 16 ans.
La bonification pour tâches éducatives attribuée pendant les années civiles de mariage est répartie par moitié entre les conjoints. Si les parents sont divorcés, ils joignent à la demande une copie du jugement de divorce si un ou plusieurs enfants étaient âgés de 16 ans ou moins au moment de l'entrée en force du jugement de divorce. Si les parents ne sont pas mariés, ils joignent à la demande la déclaration d'autorité parentale conjointe, ainsi que la convention réglant l'attribution des bonifications pour tâches éducatives. Doivent également être jointes à la demande les décisions de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte, ainsi que toutes les conventions écrites concernant l'attribution des bonifications pour tâches éducatives qui modifient des conventions précédentes.
Si la caisse de compensation ne reçoit aucun document écrit concernant l'attribution des bonifications pour tâches éducatives, celles-ci seront entièrement attribuées, à partir du 1er janvier 2015, à la mère.

Droit à une rente pour enfant
Le droit à une rente pour enfant dure jusqu'à ce que l'enfant ait 18 ans révolus. Pour les enfants de plus de 18 ans qui suivent une formation, le droit subsiste jusqu'à la fin de la formation, mais au plus tard jusqu'à leur 25e année. Il convient alors de joindre à la demande de rente le contrat d'apprentissage ou une attestation de l'établissement d'enseignement avec l'indication du début et de la fin probable de la formation.

Statut
Les enfants adoptés sont assimilés aux enfants biologiques.

Remarque : Veuillez indiquer les noms de tous vos enfants (même de ceux qui ont plus de 16 ans).
Sélectionner autres avec « + »

Nom	Prénom	Date de naissance	Ev. date du décès	Statut	de la / du partenaire
		jour, mois, année	jour, mois, année	○ propre enfant ○ enfant du partenaire ○ enfant recueilli	nom, prénom, date de naissance
		jour, mois, année	jour, mois, année	○ propre enfant ○ enfant du partenaire ○ enfant recueilli	nom, prénom, date de naissance
		jour, mois, année	jour, mois, année	○ propre enfant ○ enfant du partenaire ○ enfant recueilli	nom, prénom, date de naissance
		jour, mois, année	jour, mois, année	○ propre enfant ○ enfant du partenaire ○ enfant recueilli	nom, prénom, date de naissance

4. Mariage(s) ou partenariat(s) enregistré(s) précédent(s)

On entend par «mariage ou partenariat enregistré précédent» les relations dissoutes par la mort ou par une décision judiciaire.

Remarque : Sélectionner autres avec « + »

4.1 Premier mariage ou partenariat précédent

Date du mariage / de l'inscription

Veuillez remplir

- veuf(veuve) — depuis :
- partenariat enregistré dissous par le décès — depuis :
- divorcé(e) — depuis :
- partenariat enregistré dissous judiciairement — depuis :

Données personnelles du / de la partenaire précédent(e)

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

Date de naissance

jour, mois, année

Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces en commençant par 756

4.2 Deuxième mariage ou partenariat précédent

Date du mariage / de l'inscription

Veuillez remplir

- veuf(veuve) — depuis :
- partenariat enregistré dissous par le décès — depuis :
- divorcé(e) — depuis :
- partenariat enregistré dissous judiciairement — depuis :

Données personnelles du / de la partenaire précédent(e)

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

Date de naissance

jour, mois, année

Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces en commençant par 756

ANNEXE 13 – PROLONGATION DE L'ASSURANCE ACCIDENTS DURANT L'ENTRE-SAISON

HOTELA

RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

Assurance convention LAA

1. **Qu'est-ce qu'une assurance convention LAA ?**
   L'assurance convention LAA permet de prolonger au maximum pendant 180 jours l'assurance contre les accidents non professionnels qui a cessé de produire ses effets.

2. **A quel moment cesse l'assurance contre les accidents non professionnels ?**
   Elle cesse à l'expiration du 30ème jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins ou à une rémunération analogue.

3. **Qui peut souscrire une assurance convention LAA ?**
   Tout travailleur assuré obligatoirement contre les accidents non professionnels selon la LAA, c'est-à-dire qui est occupé chez le même employeur au moins 8 heures par semaine.

4. **Quand l'assurance débute, finit et est-elle suspendue ?**
   L'assurance débute le jour qui suit celui où a pris fin l'assurance contre les accidents non professionnels. Elle produit ses effets pendant la durée d'assurance convenue, mais au maximum pendant 180 jours.
   En cas de reprise d'une activité lucrative d'une durée minimum de 8 h. par semaine auprès d'un seul employeur, l'assurance cesse prématurément.
   L'assurance est suspendue lorsque l'assuré est soumis à l'assurance militaire ou à une assurance-accidents obligatoire étrangère. Elle s'en trouve prolongée d'autant, mais cesse au plus tard 12 mois après son entrée en vigueur.
   L'assurance convention LAA peut être prolongée avant l'échéance par le versement d'une nouvelle prime. La durée totale ne peut toutefois pas dépasser 6 mois.

5. **Que coûte l'assurance convention LAA ?**
   La prime est de **CHF 25.--** par mois. Le montant versé détermine la durée de couverture. Les mois entamés comptent comme des mois entiers. Si l'assurance convention LAA cesse prématurément, la prime payée reste acquise à l'assureur.

6. **Quelles sont les prestations assurées ?**
   Les prestations d'assurance sont servies conformément aux dispositions de la LAA.

7. **Comment souscrire l'assurance convention LAA ?**
   Le travailleur la souscrit en versant la prime au moyen du bulletin de versement ci-joint. La prime doit être acquittée dans les 30 jours qui suivent l'expiration du droit au salaire, c'est-à-dire au plus tard le jour où cesse l'assurance contre les accidents non professionnels. Le récépissé postal vaut comme attestation d'assurance et doit être produit en cas d'accident. Des formules supplémentaires peuvent être demandées à l'employeur ou à HOTELA.

8. **A qui un accident doit-il être annoncé ?**
   Tout accident doit être annoncé immédiatement à HOTELA – Rue de la Gare 18 – 1820 Montreux. En cas de décès, cette obligation incombe aux survivants.

▼▼▼▼ Vor der Einzahlung abzutrennen / A détacher avant le versement / Da staccare prima del versamento ▼▼▼▼

Empfangsschein / Récépissé / Ricevuta

Einzahlung für / Versement pour / Versamento per

HOTELA
Rue de la Gare 18
1820 Montreux

Konto/Compte/Conto 18-3200-2
CHF

Einbezahlt von / Versé par / Versato da

Die Annahmestelle
L'office de dépôt
L'ufficio d'accettazione

Einzahlung Giro | **Versement Virement** | **Versamento Girata**

Einzahlung für / Versement pour / Versamento per

Assurance convention LAA

Nom/Prénom : _____

No AVS : _____

Fin du droit au salaire _____

HOTELA
Rue de la Gare 18
1820 Montreux

Konto/Compte/Conto 18-3200-2
CHF

105

Zahlungszweck / Motif versement / Motivo versamento

Dernier employeur : _____

Police No : _____ Durée d'assurance :

du _____ au _____

Einbezahlt von / Versé par / Versato da

3.12 ANNEXE 14 – FORMULAIRE DEMANDE D'ALLOCATION DE MATERNITÉ

HOTELA

Assurance-maternité

Demande d'allocation (form. 318.750)

01.2014

Employeur

N° d'affilié : _____

Nom de l'établissement : _____

Personne assurée

N° AVS : _____

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Etat civil : _____

Nombre d'enfants : _____

Adresse : _____

_____

Tél. privé : _____

Permis de travail : ☐ B ☐ C ☐ F ☐ G ☐ L ☐ N

Existe-t-il une curatelle ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une copie de l'acte officiel.

Indications sur la durée d'assurance de la mère

Avez-vous été domiciliée hors de Suisse durant les 9 mois qui ont précédé l'accouchement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, du _____ au _____ Etat _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Avez-vous exercé une activité lucrative, au moment de l'accouchement ou dans les 9 mois qui ont précédé l'accouchement, hors de Suisse ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, du _____ au _____ Etat _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Nom et adresse de l'employeur : _____

_____

Si vous avez poursuivi l'exercice d'une activité lucrative dans un Etat de l'UE ou de l'AELE dans les 9 mois qui ont précédé l'accouchement, une attestation des périodes d'assurance et d'emploi (formulaire E104) doit être jointe à ce questionnaire.

Rue de la Gare 18, Case postale 1251, 1820 Montreux 1, Tél. 021 962 49 49, www.hotela.ch

HOTELA

Indications sur l'activité lucrative

Avez-vous, avant l'accouchement, poursuivi l'exercice d'une activité lucrative ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, activité :

☐ Salariée

Du _____ au _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Nom et adresse de l'employeur : _____

_____

☐ Indépendante

Comme activité : ☐ principale
☐ accessoire

Caisse de compensation AVS : _____

_____

Avez-vous d'autres employeurs ?

☐ Oui ☐ Non Nombre : _____

Nom et adresse : _____

_____

Avez-vous, au moment de l'accouchement ou dans les 9 mois qui ont précédé l'accouchement, été empêchée de travailler, totalement ou partiellement, pour cause de maladie ou d'accident ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour cause de : ☐ Maladie
☐ Accident

Nom et adresse de l'assurance : _____

_____

Avez-vous été au chômage au moment de l'accouchement ou dans les 9 mois qui ont précédé l'accouchement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, du _____ au _____
(Jour, mois, année) (Jour, mois, année)

Nom et adresse de l'assurance chômage : _____

_____

Si vous avez été au chômage lors de l'accouchement sans avoir bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage, il importe de solliciter auprès des employeurs des attestations de vos périodes d'engagement au cours des deux dernières années (formulaire 318.752). Les attestations d'employeur seront jointes à ce questionnaire.

Rue de la Gare 18, Case postale 1251, 1820 Montreux 1, Tél. 021 962 49 49, www.hotela.ch

HOTELA

Déclaration du salaire (à remplir par l'employeur)

Si la personne assurée est engagée simultanément auprès de divers employeurs, la partie suivante doit être remplie par l'employeur de son choix. Une feuille complémentaire à ce questionnaire (formulaire 318.751) devra être complétée par les autres employeurs.

Donnez les indications inhérentes au dernier salaire perçu par la personne salariée avant l'accouchement.

	Par mois	Par année
Salaire brut soumis AVS	_____	_____
Autres rémunérations (gratifications, 13ème salaire)	_____	_____
TOTAL	_____	_____

Salaire soumis au prélèvement des cotisations AVS durant les 9 mois qui ont précédé l'accouchement (sans indemnités journalières maladie ou accident)			Absences pour cause de maladie ou d'accidents (indiquer M pour maladie et A pour accidents)	
Mois	Année.....	Année.....	Du	Au
Janvier	_____	_____	_____	_____
Février	_____	_____	_____	_____
Mars	_____	_____	_____	_____
Avril	_____	_____	_____	_____
Mai	_____	_____	_____	_____
Juin	_____	_____	_____	_____
Juillet	_____	_____	_____	_____
Août	_____	_____	_____	_____
Septembre	_____	_____	_____	_____
Octobre	_____	_____	_____	_____
Novembre	_____	_____	_____	_____
Décembre	_____	_____	_____	_____

La salariée est-elle imposée à la source ? ☐ Oui ☐ Non Taux _____

Remarque :

HOTELA se réserve le droit de réclamer des copies de fiches de salaires et de vérifier le salaire déclaré suite au décompte final. Les éventuelles différences constatées pourront être mises à la charge de l'employeur ou de l'employée.

Pour les établissements assurés pour l'AVS auprès d'une autre caisse de compensation qu'HOTELA, une copie de la décision d'allocation maternité peut également être exigée.

Rue de la Gare 18, Case postale 1251, 1820 Montreux 1, Tél. 021 962 49 49, www.hotela.ch

HOTELA

Versement de la prestation

La prestation doit être versée à : ☐ l'employeur (personne assurée sous contrat de travail)
☐ l'employée (personne assurée sans employeur ou au chômage)

Adresse bancaire ou postale pour le paiement de l'allocation

Banque* / CCP : _____

Titulaire du compte : _____

Lieu : _____

*N° IBAN : _____

*Clearing bancaire : _____

Remarques particulières

_____

_____

_____

Attestation

L'allocation de maternité ne peut être accordée que tant et aussi longtemps que l'assurée a effectivement cessé toute activité lucrative durant le congé de maternité. Toute reprise d'une activité lucrative avant l'expiration du congé de maternité entraîne l'extinction pure et simple du droit à l'allocation.

L'assurée (et en cas de continuation du rapport de travail après l'accouchement, l'employeur) s'engagent, si une activité lucrative devait être reprise avant l'expiration du congé, à en informer immédiatement HOTELA. Des allocations de maternité indûment versées doivent être restituées. Des violations intentionnelles de l'obligation de renseigner peuvent engendrer des sanctions.

L'employeur et l'assurée confirment avoir pris bonne note des dispositions susmentionnées et certifient avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu et date	Signature de l'assurée
_____	_____
Lieu et date	**Timbre et signature de l'employeur**
_____	_____

Documents à joindre à la demande

☐ Copie de l'acte de naissance ou copie du livret de famille
☐ Certificat médical attestant la durée de grossesse (pour naissance prématurée ou mise au monde d'un enfant mort-né)

Rue de la Gare 18, Case postale 1251, 1820 Montreux 1, Tél. 021 962 49 49, www.hotela.ch

ANNEXE 15 – QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE LAA

HOTELA

ASSURANCE-ACCIDENTS

QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE À LA DÉCLARATION D'ACCIDENT

03.2009

Nom : _____ N° AVS : _____

Prénom : _____ Date de l'accident : _____

1. L'événement s'est-il déroulé pendant l'activité professionnelle ou non professionnelle?

_____

2. a) Avez-vous un deuxième employeur? Oui ☐ Non ☐
Si oui, veuillez nous indiquer le nom et l'adresse de celui-ci, ainsi que la profession exercée :

_____

_____

2. b) Combien d'heures de travail par semaine exercez-vous auprès de cet employeur?

_____

2. c) Quand et à quelle heure avez-vous travaillé la dernière fois chez ce 2ème employeur avant l'événement?
Date : _____ Heure exacte : _____

3. a) Exercez-vous également une activité indépendante? Oui ☐ Non ☐
Si oui, quelle profession exercez-vous?

_____

3. b) Avez-vous une assurance-accidents pour cette activité? Oui ☐ Non ☐
Nom, adresse et N° de police :

_____

_____

4. Recevez-vous des prestations d'une caisse de chômage ou d'une autre institution? Oui ☐ Non ☐
Si oui, depuis quand? _____
Auprès de qui (nom et adresse)? _____

_____

Nous vous prions de nous adresser une copie du dernier décompte!

5. Nom et adresse de votre assurance-maladie :

_____

_____

6. N° de téléphone privé où l'on peut vous contacter la journée :

_____

Lieu et date _____ Signature _____

Merci de nous retourner ce document, dûment rempli par le blessé, et d'y joindre les pièces suivantes :

- la déclaration d'accident
- les décomptes de salaires depuis le début de la saison
- la copie du contrat d'engagement
- les fiches de présence depuis le début de la saison

RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TÉL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

4. TABLEAU SYNOPTIQUE DES TAUX DE COTISATIONS

Etat au 1er janvier 2016

1er pilier (AVS/AI/APG et AC)		Assurance-vieillesse et survivants (AVS)	Assurance-invalidité (AI)	Régime des allocations pour perte de gain (APG)	Total	Assurance-chômage (AC)
Salarié	% du salaire	4,2	0,7	0,225	5,125	1,1 pour la part du salaire jusqu'à 148'200 + 0.5 pour la part qui dépasse 148'201
Employeur	% du salaire	4,2	0,7	0,225	5,125	1,1 pour la part du salaire jusqu'à 148'200 + 0.5 pour la part qui dépasse 148'201
Indépendant	% du revenu	7,8*	1,4*	0,45*	9,65*	-
Non actif	CHF	de 392 à 19'600**	de 65 à 3'250**	de 23 à 1'150**	de 480 à 24'000**	-

Prévoyance professionnelle (LPP)

- Les taux de cotisations varient d'une caisse de pension à l'autre et selon le mode de financement choisi.
- Les cotisations sont à la charge de l'employeur et du salarié; la somme des cotisations de l'employeur doit être au moins égale à la somme des cotisations de ses salariés.
- Taux de bonification de vieillesse dans le minimum LPP:

Age	Taux en % du salaire coordonné (entre CHF 21'150 et CHF 84'600) / Déduction coordination : CHF 24'675
de 25 à 34	7
de 35 à 44	10
de 45 à 54	15
de 55 à 65***	18

* Pour les revenus inférieurs à CHF 56'400, le taux de cotisations baisse en fonction de l'échelle dégressive
** Suivant les conditions sociales
*** femmes jusqu'à 64 (Art. 62a OPP 2)

Accidents et maladie professionnels (AP)

Salarié: –

Employeur:
- Les primes sont fixées en % du gain assuré. Elles se composent de primes nettes correspondant au risque (voir classement des entreprises) et de suppléments destinés aux frais administratifs, aux frais de prévention des accidents et maladies professionnels et le cas échéant, aux allocations de renchérissement.
- Les entreprises sont classées dans les classes et degrés du tarif des primes; le classement tient compte de la nature des entreprises et de leurs conditions propres (risque d'accidents, état des mesures de prévention, etc.).
- Le montant maximum du gain assuré s'élève à CHF 148'200 par an ou CHF 406 par jour.
- Une assurance complémentaire permet d'assurer des gains supérieurs à CHF 148'200.

Accidents non professionnels (ANP)

Salarié: • Les primes sont fixées en % du gain assuré répartis en classes de risques (selon les entreprises qui les emploient).

Employeur: –

Allocations familiales

		Régime fédéral (agriculture)*	**Régimes cantonaux**
Salarié		-	-**
Employeur	en % du salaire	2	0.1 à 4.0
Indépendants	en % du revenu	-	0.1 à 4.0 ***

* La part des dépenses qui n'est pas couverte par les contributions ainsi que les dépenses résultant du versement des allocations pour enfant aux petits paysans sont à raison de 2/3 à la charge de la Confédération et de 1/3 à celle des cantons.
** Exception : en VS, les salariés paient des cotisations à hauteur de 0,3% de la masse salariale.
*** Seulement sur la part du revenu jusqu'à CHF 148'200.

Nos conseillers sont à votre disposition

Cantons BE-F / FR / GE / JU / NE / TI / VS-F
Johanne Pecora
jpecora@hotela.ch
021 962 46 50

Canton VD / VS-Chablais
Christophe Orlando
corlando@hotela.ch
021 962 47 42