

No d'affilié	_____
No de contrib.	_____

(à remplir par la caisse de compensation)

## DEMANDE D'AFFILIATION POUR AGRICULTEUR

### A REMPLIR PAR L'AFFILIE

1. Nom et prénom \_\_\_\_\_
2. Adresse de l'exploitation \_\_\_\_\_
3. NPA et localité \_\_\_\_\_
4. No téléphone \_\_\_\_\_
5. Adresse privée \_\_\_\_\_
6. NPA et localité \_\_\_\_\_
7. No téléphone \_\_\_\_\_
8. Adresse électronique \_\_\_\_\_
9. Genre d'activité \_\_\_\_\_
10. Activité accessoire (oui/non) \_\_\_\_\_
11. Etat civil \_\_\_\_\_
12. Nationalité \_\_\_\_\_
13. NSS \_\_\_\_\_
14. Date de naissance \_\_\_\_\_
15. Nom et prénom du conjoint \_\_\_\_\_
16. NSS du conjoint \_\_\_\_\_
17. Date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_
18. Coordonnées de paiement
  - a) Nom et localité de la banque \_\_\_\_\_
  - b) No IBAN \_\_\_\_\_
19. Date de la reprise de l'exploitation \_\_\_\_\_
20. Etes-vous associé à une autre personne (nom et prénom de la personne) \_\_\_\_\_
21. Avec quelle caisse avez-vous décompté jusqu'ici \_\_\_\_\_
22. En qualité de (indépendant/salarié) \_\_\_\_\_
23. Jusqu'à quelle date \_\_\_\_\_
24. Nom et adresse du dernier employeur \_\_\_\_\_
25. Recevez-vous déjà des allocations familiales (oui/non) si oui, nom de la caisse \_\_\_\_\_
26. Envisagez-vous d'engager des salariés (oui/non) \_\_\_\_\_
27. Nombre de salariés employés
  - a) de la famille \_\_\_\_\_
  - b) en dehors de la famille \_\_\_\_\_
28. Montant trimestriel des salaires versés CHF \_\_\_\_\_
29. Depuis quand \_\_\_\_\_
30. ESTIMATION DU REVENU ANNUEL
 

Surface de l'exploitation y compris locations	_____ ares, dont _____ ares de forêts
Effectif annuel moyen du bétail	_____ UGB Rendement brut par UGB CHF _____
Rendement brut rectifié par ha	CHF _____ Intérêts des dettes CHF _____
Autres frais (fermage, locations, assurances, fourrages)	CHF _____
Revenu brut présumé de l'exploitation	CHF _____
Capital propre investi dans l'exploitation (fortune moins dettes)	CHF _____

Voir au verso

## **DECLARATION ET SIGNATURE**

Le soussigné certifie avoir répondu aux questions ci-dessus conformément à la réalité. En outre il prend note que, dès que la taxation fiscale déterminant les cotisations sera connue, un décompte sera effectué entre les cotisations payées sur la base de l'estimation provisoire et les cotisations dues.

Par la signature de ce formulaire, vous attestez avoir pris connaissance de ce qui suit.

Les indications figurant sur le formulaire et ses annexes (par exemple les attestations de toute sorte) doivent être véridiques et complètes. Il en est de même des informations ou documents qui nous seront remis par la suite. En cas de modification de la situation, il faut nous en informer dès que possible. Si, malgré nos procédures pour les éviter, des erreurs sont constatées au sujet des informations qui nous ont été données, il faudra immédiatement nous demander de les rectifier.

Nous devons vous mettre en garde que si vous ne vous conformez pas à ce qui précède en vue d'obtenir ou de faire obtenir à un tiers des prestations indues ou en vue d'éluder l'obligation de payer des cotisations, vous risquez des poursuites pénales et une peine de prison pouvant aller jusqu'à une année, ou une peine pécuniaire (article 148a du Code pénal ; art. 87 LAVS). De plus, les prestations indues devront être restituées.

Signature du membre

Lieu et date, \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Nous vous prions de bien vouloir transmettre votre demande d'affiliation à l'agence communale AVS du domicile où vous avez votre exploitation.

## **A REMPLIR PAR L'AGENCE COMMUNALE AVS**

31. Titulaire précédent de l'exploitation, nom et no d'affilié (envoyer l'avis de radiation) \_\_\_\_\_

REMARQUES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Timbre et signature de l'Agence

Lieu et date, \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_