

No d'affilié	
No de contrib.	

(à remplir par la caisse de compensation)

DEMANDE D'AFFILIATION POUR PERSONNE DE CONDITION INDEPENDANTE

A REMPLIR PAR L'AFFILIE

1. Nom et prénom _____
2. Adresse de l'exploitation _____
3. NPA et localité _____
4. N° de téléphone _____
5. Adresse privée _____
6. NPA et localité _____
7. N° de téléphone _____
8. Adresse électronique _____
9. Genre d'activité _____
10. Activité accessoire (oui/non) _____
11. Si vous n'avez pas d'adresse d'exploitation, avez-vous une pièce où vous travaillez à votre domicile privé _____
12. Etat civil _____
13. Nationalité _____
14. NSS _____
15. Date de naissance _____
16. Nom et prénom du conjoint _____
17. NSS du conjoint _____
18. Date de naissance du conjoint _____
19. Coordonnées de paiement
 - a) Nom et localité de la banque _____
 - b) N° IBAN _____
20. Date du début de l'activité indépendante _____
21. Etes-vous associé à une autre personne (nom et prénom de la personne) _____
22. Avec quelle caisse de compensation avez-vous décompté jusqu'ici _____
23. En qualité de (indépendant/salarié) _____
24. Jusqu'à quelle date _____
25. Nom de votre dernier employeur _____
26. Inscription au registre du commerce (oui/non) _____
27. Date et n° de la parution _____
28. Etes-vous affilié auprès de la SUVA (oui/non) _____
29. Etes-vous affilié à une caisse d'allocations familiales, si oui laquelle _____
30. Lieu et adresse des succursales éventuelles _____
31. Envisagez-vous d'engager un salarié (oui/non) _____
32. Nombre de salariés employés
 - a) de la famille _____
 - b) en dehors de la famille _____
33. Montant annuel des salaires versés CHF _____
34. Depuis quand _____
35. Nom de l'assurance-accidents de vos salariés _____
36. N° de police de l'assurance-accidents _____
37. Nom de l'institution de prévoyance professionnelle pour vos salariés _____
38. N° de police de l'institution de prévoyance (joindre une copie de l'attestation d'affiliation) _____
39. ESTIMATION DE VOTRE REVENU ANNUEL

+	Recettes totales (chiffres d'affaires, ventes)	CHF	_____
-	Frais d'exploitation (à l'exclusion de tous les frais privés)	CHF	_____
=	Revenu net présumable	CHF	_____
	Capital propre investi dans l'exploitation (fortune totale moins les 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'éluider 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 exercez votre activité indépendante.

A REMPLIR PAR L'AGENCE COMMUNALE AVS

39. 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 _____