



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

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 avez votre exploitation.

A REMPLIR PAR L'AGENCE COMMUNALE AVS

30. 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 _____