

No d'affilié	
--------------	--

(à remplir par la caisse de compensation)

DEMANDE D’AFFILIATION POUR PERSONNE ETANT UNIQUEMENT EMPLOYEUR

A REMPLIR PAR L’AFFILIE

1. Nom et prénom _____
2. Adresse _____
3. NPA et localité _____
4. No téléphone _____
5. NSS _____
6. Date de naissance _____
7. Coordonnées de paiement
 - a) Nom et localité de la banque _____
 - b) No IBAN _____
8. Date du début ou de l’engagement de votre employé _____
9. Montant trimestriel des salaires versés CHF _____
10. Depuis quand _____
11. NSS de votre employé _____
12. Date de naissance _____
13. Dans quelle branche économique _____
14. Assurance-accidents pour le personnel (nom, adresse et no de police) _____
15. Prévoyance professionnelle pour le personnel (nom et adresse) et veuillez joindre une copie de l’attestation _____

DECLARATION ET SIGNATURE

Le soussigné certifie avoir répondu aux questions ci-dessus conformément à la réalité. En outre, il prend connaissance que les cotisations paritaires seront facturées trimestriellement selon le forfait estimé ci-dessus. Le décompte final sera établi à la réception de la déclaration annuelle des salaires.

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 de votre domicile.

A REMPLIR PAR L'AGENCE COMMUNALE AVS

REMARQUES _____

Timbre et signature de l'Agence

Lieu et date, _____, le _____