



|              |  |
|--------------|--|
| No d'affilié |  |
|--------------|--|

(à remplir par la caisse de compensation)

## DEMANDE D'AFFILIATION POUR PERSONNES MORALES

### **A REMPLIR PAR L'AFFILIE**

1. Raison sociale \_\_\_\_\_
2. Adresse \_\_\_\_\_
3. NPA et localité \_\_\_\_\_
4. No téléphone \_\_\_\_\_
5. Personnalité juridique (par ex. SA, Association, Coopérative, etc.) \_\_\_\_\_
6. Genre d'activité \_\_\_\_\_
7. Date du début de l'activité \_\_\_\_\_
8. Coordonnées de paiement
  - a) Nom et localité de la banque \_\_\_\_\_
  - b) No IBAN \_\_\_\_\_
9. Entreprise assurée auprès de la Suva (oui/non) \_\_\_\_\_
10. Etes-vous affilié à une caisse d'allocations familiales, si oui laquelle \_\_\_\_\_
11. Inscription au registre du commerce (oui/non) \_\_\_\_\_
12. Date et no de la parution \_\_\_\_\_
13. Lieu et adresse des succursales éventuelles \_\_\_\_\_
14. Envisagez-vous d'engager un salarié (oui/non) \_\_\_\_\_
15. Nombre de salariés occupés \_\_\_\_\_
16. Montant trimestriel des salaires versés CHF \_\_\_\_\_
17. Depuis quand \_\_\_\_\_
18. Nom de l'assurance-accidents \_\_\_\_\_
19. No de police de l'assurance-accidents \_\_\_\_\_
20. Nom de l'institution de prévoyance professionnelle \_\_\_\_\_
21. No de police de l'institution de prévoyance (joindre une copie de l'attestation d'affiliation) \_\_\_\_\_

## **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 exercez votre activité indépendante.

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

22. Titulaire précédent de la société, nom et no d'affilié (envoyer l'avis de radiation) \_\_\_\_\_

**REMARQUES** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Timbre et signature de l'Agence

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