

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. No téléphone _____
5. Adresse privée _____
6. NPA et localité _____
7. No téléphone _____
8. Genre d’activité _____
9. Activité accessoire (oui/non) _____
10. Si vous n’avez pas d’adresse d’exploitation, avez-vous une pièce où vous travaillez à votre domicile privé _____
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 du début de l’activité indépendante _____
20. Etes-vous associé à une autre personne (nom et prénom de la personne) _____
21. Avec quelle caisse de compensation avez-vous décompté jusqu’ici _____
22. En qualité de (indépendant/salarié) _____
23. Jusqu’à quelle date _____
24. Nom de votre dernier employeur _____
25. Inscription au registre du commerce (oui/non) _____
26. Date et no de la parution _____
27. Etes-vous affilié auprès de la SUVA (oui/non) _____
28. Etes-vous affilié à une caisse d’allocations familiales, si oui laquelle _____
29. Lieu et adresse des succursales éventuelles _____
30. Envisagez-vous d’engager un salarié (oui/non) _____
31. Nombre de salariés employés
 - a) de la famille _____
 - b) en dehors de la famille _____
32. Montant trimestriel des salaires versés CHF _____
33. Depuis quand _____
34. Nom de l’assurance-accidents pour vos salariés _____
35. No de police de l’assurance-accidents _____
36. Nom de l’institution de prévoyance professionnelle pour vos salariés _____
37. No de police de l’institution de prévoyance (joindre une copie de l’attestation d’affiliation) _____
38. 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 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'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

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 _____