

No d'affilié	
No de contrib.	

(à remplir par la caisse de compensation)

DEMANDE D’AFFILIATION POUR PERSONNE SANS ACTIVITE LUCRATIVE

A REMPLIR PAR L’AFFILIE

1. Nom et prénom _____
2. Adresse _____
3. NPA et localité _____
4. No téléphone _____
5. Adresse électronique _____
6. Etat civil _____
7. Nationalité _____
8. Genre de permis pour les étrangers (joindre une copie du permis) _____
9. N° AVS _____
10. Date de naissance _____
11. Nom et prénom du conjoint _____
12. N° AVS du conjoint _____
13. Date de naissance du conjoint _____
14. Est-ce que votre conjoint exerce une activité lucrative (oui/non) _____
15. Salaire brut annuel du conjoint CHF _____
16. Taux d'occupation du conjoint _____
17. Envisage-t-il une cessation prochaine de son activité _____
18. Si oui, à partir de quand _____
19. Coordonnées de paiement a) Nom et localité de la banque _____
 b) No IBAN _____
20. Date de la cessation de l'activité lucrative _____
21. Nom et adresse du dernier employeur _____
22. Montant du revenu soumis à l'AVS au cours de la dernière année civile (salaires, IJAI, indemnités chômage) CHF _____
23. Avec quelle caisse de compensation ces cotisations ont-elles été décomptées _____
24. Raison de la cessation de l'activité lucrative _____
25. Est-il probable que vous exercerez une activité lucrative _____
26. Si oui, à partir de quand _____
27. Quelles sont vos ressources actuelles _____
 _____ mois/année

Montant versé par _____ CHF _____ par _____
 Montant versé par _____ CHF _____ par _____
 Montant versé par _____ CHF _____ par _____

Remarques : Pour l'exactitude de notre décision provisoire, veuillez nous indiquer tous vos revenus dès la date de cessation de votre activité lucrative.

28. Etes-vous au bénéfice de l'aide sociale _____
29. Si oui, à partir de quand _____

DECLARATION ET SIGNATURE

Le soussigné (ou son représentant légal) 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 de votre domicile, avec une copie de votre dernière décision de taxation fiscale et des justificatifs de vos revenus.

A REMPLIR PAR L'AGENCE COMMUNALE AVS

REMARQUES _____

Timbre et signature de l'Agence

Lieu et date, _____, le _____