



Affiliation pour employeur/employeuse

1. Données employeur/employeuse

1.1 Données de l'exploitation

Nom resp. entreprise

Branche

1.2 Adresses

Adresse commerciale

Rue / n°

Code postal

Ville

Adresse du représentant légal (joindre procuration)

Rue / n°

Code postal

Ville

Correspondance à

Adresse commerciale Adresse du représentant légal

Téléphone

Mobile

E-Mail

Affiliation à une association
professionnelle ?

Oui Non

Nom de l'association professionnelle

Nom de la caisse de compensation
professionnelle

1.3 Coordonnées de paiement

IBAN

ou joindre copie de la carte bancaire

Nom de l'établissement financier

Banque ou poste

Titulaire du compte

Laisser en blanc s.v.p. (Timbre de l'agence AVS)

2. Données sur l'exploitation

Decompte pour :

- AVS/AI/APG/AC/caisse d'allocations familiales
- seulement Caisse d'allocations familiales

Décompte en tant que :

Personne morale

- Société anonyme
- Sàrl
- Coopérative
- Corporation de droit public
- Association (joindre statut)
- Fondation

Société

- Société simple*
- Société en nom collectif*
- Société en commandite*
- Communauté héréditaire*

* Joindre affiliation(s) pour indépendants de tous les associés

Divers

- Employeur/-euse de personnel de maison

- Gérance d'immeuble

L'adresse d'immeuble

- Autres

Prière de compléter

Numéro d'identification des entreprises (IDE)

CHE-

Date du début de l'activité

Jour, mois, année

Changement de caisse ?

- Oui
- Non

Existence de filiales ?

- Oui
- Non

Adresses des filiales

Date d'ouverture des filiales

Est-ce que du personnel sera occupé dans les filiales ?

- Oui
- Non

Inscription au registre du commerce ?

- Oui Non

Date de l'inscription au registre du commerce

Jour, mois, année

3. Données du personnel

Est-ce que du personnel sera occupé?

- Oui
 Non

Nombre de personnes employées

depuis

Jour, mois, année

Masse salariale mensuelle

- x12
 x13

Masse salariale totale

Droit mensuel aux allocations familiales

doit être demandé séparément

Allocations familiales totales

Nom de l'assureur accident

Prière de joindre une copie de la police

Prévoyance professionnelle ?

- Oui
 Non

Si oui, nom de l'institution de prévoyance professionnelle

Prière de joindre une copie du contrat d'affiliation valable

4. Signature

4.1 Déclaration et signature

La demande d'affiliation remplie correspond aux faits réels. Avec la présente, la caisse de compensation est autorisée à consulter les données des impôts.

Lieu et date

Signature

4.2 Annexes

Prière de joindre à l'affiliation les documents suivants (copies)

- Procuration
- Statuts association
- Police de l'assurance-accident
- Contrat d'affiliation à la prévoyance professionnelle
- Demandes d'allocations familiales (si un droit est revendiqué)
- Affiliations pour indépendants de tous les associés

5. Communications

Communications

6. Partie pour l'agence AVS

Les données ont été contrôlées et s'avèrent être correctes. Les documents nécessaires ont été joints.

Timbre, date et signature de l'agence AVS

Communications

Conclusion

Sur notre site internet www.akbern.ch vous trouverez de plus amples informations ainsi que les mémentos 2.01, 2.06, 2.08, 6.05 et 6.06.

Le formulaire est à remettre à **l'agence AVS** du lieu d'exploitation.