

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. N° de téléphone \_\_\_\_\_
5. Adresse privée \_\_\_\_\_
6. NPA et localité \_\_\_\_\_
7. N° de téléphone \_\_\_\_\_
8. Adresse électronique \_\_\_\_\_
9. Genre d'activité \_\_\_\_\_
10. Activité accessoire (oui/non) \_\_\_\_\_
11. Si vous n'avez pas d'adresse d'exploitation, avez-vous une pièce où vous travaillez à votre domicile privé \_\_\_\_\_
12. Etat civil \_\_\_\_\_
13. Nationalité \_\_\_\_\_
14. NSS \_\_\_\_\_
15. Date de naissance \_\_\_\_\_
16. Nom et prénom du conjoint \_\_\_\_\_
17. NSS du conjoint \_\_\_\_\_
18. Date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_
19. Coordonnées de paiement a) Nom et localité de la banque \_\_\_\_\_  
 b) N° IBAN \_\_\_\_\_
20. Date du début de l'activité indépendante \_\_\_\_\_
21. Etes-vous associé à une autre personne (nom et prénom de la personne) \_\_\_\_\_
22. Avec quelle caisse de compensation avez-vous décompté jusqu'ici \_\_\_\_\_
23. En qualité de (indépendant/salarié) \_\_\_\_\_
24. Jusqu'à quelle date \_\_\_\_\_
25. Nom de votre dernier employeur \_\_\_\_\_
26. Inscription au registre du commerce (oui/non) \_\_\_\_\_
27. Date et n° de la parution \_\_\_\_\_
28. Etes-vous affilié auprès de la SUVA (oui/non) \_\_\_\_\_
29. Etes-vous affilié à une caisse d'allocations familiales, si oui laquelle \_\_\_\_\_
30. Lieu et adresse des succursales éventuelles \_\_\_\_\_
31. Envisagez-vous d'engager un salarié (oui/non) \_\_\_\_\_
32. Nombre de salariés employés a) de la famille \_\_\_\_\_  
 b) en dehors de la famille \_\_\_\_\_
33. Montant annuel des salaires versés CHF \_\_\_\_\_
34. Depuis quand \_\_\_\_\_
35. Nom de l'assurance-accidents de vos salariés \_\_\_\_\_
36. N° de police de l'assurance-accidents \_\_\_\_\_
37. Nom de l'institution de prévoyance professionnelle pour vos salariés \_\_\_\_\_
38. N° de police de l'institution de prévoyance (joindre une copie de l'attestation d'affiliation) \_\_\_\_\_
39. 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 les dettes) CHF \_\_\_\_\_

Voir au verso

JUC0200 07 07 2017

**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'éluider 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 \_\_\_\_\_