

| | |
|--------------|--|
| 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. Adresse électronique _____
6. Personnalité juridique (par ex. SA, Association, Coopérative, etc.) _____
7. Genre d'activité _____
8. Date du début de l'activité _____
9. Coordonnées de paiement
 - a) Nom et localité de la banque _____
 - b) No IBAN _____
10. Entreprise assurée auprès de la Suva (oui/non) _____
11. Etes-vous affilié à une caisse d'allocations familiales, si oui laquelle _____
12. Inscription au registre du commerce (oui/non) _____
13. Date et no de la parution _____
14. Lieu et adresse des succursales éventuelles _____
15. Envisagez-vous d'engager un salarié (oui/non) _____
16. Nombre de salariés occupés _____
17. Montant annuel des salaires versés CHF _____
18. Depuis quand _____
19. Nom de l'assurance-accidents _____
20. No de police de l'assurance-accidents _____
21. Nom de l'institution de prévoyance professionnelle _____
22. 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'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

23. 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 _____