

A remplir en trois exemplaires

No d'affilié	
No de contrib.	

(Laisser en blanc)

DEMANDE D’AFFILIATION POUR PERSONNES SANS ACTIVITE LUCRATIVE

A REMPLIR PAR L’AFFILIE

1. Nom et prénom _____
2. Adresse _____
3. (localité) NPA _____
4. Etat civil _____
5. Nationalité _____
6. No d'assuré AVS _____
7. No de téléphone _____
8. Relation bancaire
 - a) Banque _____
 - b) Localité _____
 - c) No IBAN _____
9. Numéro de votre compte de chèques postaux _____
10. Date de la cessation de l'activité lucrative _____
11. Nom et adresse du dernier employeur _____
12. Montant du revenu réalisé au cours de la dernière année civile jusqu'à la date indiquée sous No 10 en CHF _____
13. Montant des cotisations AVS versées durant cette même période CHF _____
14. Avec quelle caisse de compensation ces cotisations ont – elles été décomptées _____
15. Raison de la cessation de l'activité lucrative _____
16. Est – il probable que vous exercerez une activité lucrative _____
Si oui à partir de quand _____
17. 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, veuillez nous indiquer tous vos revenus, dès la date de cessation de votre activité lucrative.

DECLARATION ET SIGNATURE

Le soussigné (ou son représentant légal) certifie avoir répondu aux questions ci-dessus conformément à la réalité.

Signature du membre

Lieu et date, _____, le _____

A REMPLIR PAR LE SERVICE DES CONTRIBUTIONS

No de contrib.	
----------------	--

18. Total de la fortune au (date) _____ CHF _____
19. Revenu sous forme de rentes (par année) _____ CHF _____

REMARQUES

Timbre et signature

Delémont, le _____

A REMPLIR PAR L'AGENCE AVS

20. Avez-vous contrôlé le certificat d'assurance du prénommé avec le No 150 ? _____
21. L'assuré était-il affilié chez nous, si oui, sous quel No _____

REMARQUES

Timbre et signature de l'Agence

Lieu et date, _____, le _____

A REMPLIR PAR LA CAISSE DE COMPENSATION

Affiliation contrôlée et encodée le _____ (visa) _____
Décision de cotisations du _____ (visa) _____

REMARQUES

NOTE IMPORTANTE A L'INTENTION DE L'AGENCE

Cette formule est à remplir en trois exemplaires.

La première copie doit être remise à l'affilié. Aucune modification ne doit intervenir au recto après la signature de l'affilié.

La 2^{ème} copie reste à l'Agence pour contrôle des décisions et des décomptes.

L'original est à envoyer à la Caisse de compensation.