



Inscription entreprise individuelle

Nom, prénom du propriétaire de l'entreprise _____

Date de naissance _____

Numéro AVS du propriétaire de l'entreprise _____

Etat civil _____

depuis: _____

Nom, prénom du conjoint /partenaire enregistré. **ainsi que** _____

date de naissance et numéro AVS _____ // _____

Adresse de l'entreprise

Nom de l'entreprise (dénomination) _____

Rue _____

NPA/Lieu _____

Téléphone _____

E-Mail _____

Adresse privée

Rue _____

NPA/Lieu _____

Téléphone _____

E-Mail _____

Adresse tierce (p.ex. fiduciaire)

Nom _____

Rue _____

E-Mail _____

NPA/Lieu _____

Adresse pour la correspondance

Qui est responsable pour les questions de l'AVS dans votre entreprise?

Langue de correspondance

Numéro IDE: _____

Votre entreprise est-elle inscrite au registre du commerce?

oui

non

Avez-vous ouvert une nouvelle entreprise?

oui

non

Avez-vous repris une entreprise existante?

oui

non

→ Si oui, de qui? (Nom, prénom, lieu) _____

Date d'ouverture ou de reprise: _____

A quelle caisse AVS êtes-vous affilié(e) actuellement? _____

De quelle association professionnelle êtes-vous membre? _____

→ L'adhésion à une association professionnelle entraîne automatiquement l'affiliation à la caisse de compensation professionnelle correspondante. Un changement de caisse sera entrepris le plus tôt possible.

Employez-vous des salarié(e)s?

oui non

Si oui, combien? _____

Employez-vous du personnel qui exerce une autre activité professionnelle à l'étranger?

oui, pays: _____

non

A combien évaluez-vous la masse des salaires (bruts) à verser par année aux salarié(e)s:

Fr. _____

(Lorsque la masse des salaires est supérieure à Fr. 200'000.-- par an, les cotisations sont facturées mensuellement de par la loi).

Informations concernant l'activité indépendante

Activité indépendante comme

activité principale

activité accessoire

En cas d'activité accessoire, exercez-vous une autre activité en tant qu'employé/e. Si oui, auprès de quel employeur? _____

Exercez-vous une autre activité professionnelle à l'étranger?

oui, en tant qu' employé/e indépendant/e pays: _____

non

À combien estimez-vous le revenu provenant de votre activité indépendante durant la première année?

Fr. _____

Capital investi dans l'exploitation:

Fr. _____

Exploitez-vous des succursales outre l'entreprise principale?

oui

non

Si oui, nombre et adresse/s de la/des succursale(s) _____

Adresse	depuis (date)	Nombre salarié(e)s	Masse salariale annuelle estimée

Souhaitez-vous que le décompte de la succursale soit inclus dans celui de l'entreprise principale?

oui

non

Coordonnées bancaires (entreprise):

Nom et lieu de l'institut bancaire _____

No IBAN _____

Titulaire du compte _____

Autres coordonnées bancaires (l'indépendant/e, si désiré)

Nom et lieu de l'institut bancaire _____

No IBAN _____

Titulaire du compte _____

Système de recouvrement direct?

oui

non

Caisse d'allocations familiales (CAF)

Auprès de quelle caisse d'allocations familiales
avez-vous décompté les cotisations CAF en dernier? _____

→ Nombre de salarié(e)s ayant droit aux allocations p. enfants /de formation: _____

→ Comme indépendant/e avez-vous droit aux allocations p. enfants /de formation? oui non

Prévoyance professionnelle (LPP)

Si vous occupez du personnel, nous avons besoin des informations suivantes:

Les personnes que vous employées sont-elles inscrites auprès d'une institution de prévoyance (IP)?

Oui Non Procédure d'affiliation en cours

Nom de l'institution de prévoyance: _____

Numéro de police.: _____

Adresse: _____

Veillez joindre une copie de l'accord d'affiliation!

Motif de libération de l'obligation d'affiliation:

- n'occupe pas de personnel soumis à la LPP
- salaires inférieurs au salaire coordonné (CHF 21'510.00/an, statut 2021)
- contrat de travail d'une durée limitée maximale de 3 mois
- les EM exercent uniquement une activité accessoire (p.ex. honoraires des membres du conseil d'administration)
- les EM sont, au sens de l'AI, invalides à au moins 70%
- les EM sont membres de la famille du propriétaire de l'exploitation agricole
- les EM n'exercent pas durablement une activité lucrative en Suisse (libérés de l'obligation de cotiser par l'IP)

Assurance accidents obligatoire (LAA)

Nom de l'assurance accidents: _____

No de police: _____

Remarques

Le/la soussigné(e) confirme que le formulaire est dûment rempli, conformément à la vérité.

Lieu et date

Cachet de l'entreprise et signature