



## Inscription Succursale

**Nom de l'entreprise** \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

NPA/Lieu \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Adresse tierce** (p.ex. fiduciaire):

Nom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

NPA/Lieu \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Adresse pour la correspondance:**

Entreprise

Adresse tierce

**Qui est responsable pour les questions d'AVS  
dans votre entreprise?** \_\_\_\_\_

**Langue pour la correspondance:**

allemand

français

italien

**Numéro IDE:** \_\_\_\_\_

**Votre entreprise est-elle inscrite au registre du commerce?**

oui

non

**Avez-vous ouvert une nouvelle succursale?**

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).

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

oui  non

**Coordonnées bancaires:**

Nom et lieu de l'institut bancaire :

\_\_\_\_\_

No IBAN

\_\_\_\_\_

Titulaire du compte:

\_\_\_\_\_

**Système de recouvrement direct?**

oui  non

**Caisse d'allocations familiales (CAF)**

Êtes-vous déjà affilié/e à une CAF?

oui  non

Si oui, à laquelle?

\_\_\_\_\_

→ Nombre de salariés ayant droit aux allocations familiales:

\_\_\_\_\_

**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!**

**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