



## Inscription pour sociétés de capitaux

(SA, Sàrl., cooperatives, associations)

**Nom de l'entreprise** (selon inscription au registre du commerce):

\_\_\_\_\_

Rue

\_\_\_\_\_

NPA/Lieu

\_\_\_\_\_

Téléphone

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

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

Nom

\_\_\_\_\_

Rue

\_\_\_\_\_

NPA/Lieu

\_\_\_\_\_

E-Mail

\_\_\_\_\_

**Adresse pour la correspondance:**

Adresse de l'entreprise

Adresse tierce

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

\_\_\_\_\_

**Langue de correspondance:**

allemand

français

italien

**Numéro IDE:**

\_\_\_\_\_

**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, pay \_\_\_\_\_

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).

**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: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

### 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