



Inscription pour sociétés de personnes
(société simple, collective et en commandite)

Nom de l'entreprise (dénomination) _____

Statut juridique _____

Rue _____

NPA/Lieu _____

Téléphone _____

E-Mail _____

Adresse tierce (p.ex. fiduciaire):

Nom _____

Rue _____

NPA/Lieu _____

E-Mail _____

Adresse pour la correspondance:

Entreprise

Adresse tierce

Qui est responsable pour les questions d'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, 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).

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

Associé(s) /sociétaire(s) de l'entreprise:

Nombre: _____

Nom/prénom	No AVS ou date de naissance	Adresse privée
1)		
2)		
3)		

Coordonnées bancaires des associés:

Titulaire du compte

Banque

No IBAN

1) _____

2) _____

3) _____

A combien évaluez-vous le bénéfice net probable durant le premier exercice?

Fr. _____

Comment désirez-vous la répartition du bénéfice net par associé et exercice comptable:

1) _____ Fr. _____

2) _____ Fr. _____

3) _____ Fr. _____

Coordonnées bancaire de l'entreprise:

Nom et lieu de l'institut bancaire _____

No IBAN _____

Titulaire du compte _____

Système de recouvrement direct?

oui

non

Caisse d'allocations familiales (CAF)

Après 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

→ Associé 1 ayant droit aux allocations p. enfants/de formation? oui non

→ Associé 2 ayant droit aux allocations p. enfants/de formation? oui non

→ Associé 3 ayant 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