Contact be107@ak34.ch

Doit être remis à:

Caisse de compensation commerçants bernois
Wyttenbachstrasse 24
Postfach
3000 Bern 22

Caisse de compensation commerçants bernois
Wyttenbachstrasse 24
Postfach
3000 Bern 22

Récapitulation de la communication des salaires 2025

La présente récapitulation sert de base pour l'établissement du décompte annuel. Elle doit nous être remise accompagnée du détail des salaires communiqués figurant au verso de la présente ou d'un listing informatique.

☐ **Pas de personnel soumis à l'AVS** — Nous attestons n'avoir versé aucun salaire, honoraire pour membres du conseil d'administration ou toute autre rémunération soumise à cotisations au cours de l'année 2025. Veuillez dans ce cas dater et signer le présent document.

	Masse salariale 2025	Masse salariale présumée pour 2026
Cotisations AVS/AI/APG	_____	_____
Cotisations AC	_____	_____

L'ensemble du personnel soumis à la LPP est-il inscrit auprès d'une institution de prévoyance LPP?

Les caisses de compensation sont tenues de procéder chaque année à ce contrôle. Veuillez si nécessaire rectifier les informations qui figurent sur le présent document.

☐ **OUI :**

…….
Nom et lieu de l'actuelle institution de prévoyance

…….
No de police

☐ **NON,** car *(plusieurs affirmations sont possibles):*

- ☐ **aucun personnel soumis à la LPP** n'est occupé;
- ☐ parce que les différents salaires sont **en-dessous du seuil d'entrée** de CHF 22'680.00 par an, ou CHF 1'890.00 par mois;
- ☐ il s'agit de **contrat de travail d'une durée limitée** maximale de 3 mois;
- ☐ les personnes employées exercent uniquement une **activité accessoire;**
- ☐ les personnes employées sont, au sens de l'AI, **invalides** à au moins 70%;
- ☐ les personnes employées sont membres de la **famille du propriétaire de l'exploitation agricole;**
- ☐ les personnes employées **n'exercent pas durablement une activité lucrative en Suisse** et sont libérées de l'obligation de cotiser par l'institution de prévoyance.

Auprès de quelle institution avez-vous souscrit une assurance accident LAA pour votre personnel?

Les caisses de compensation sont tenues de procéder chaque année à ce contrôle. Veuillez dans tous les cas répondre à cette question:

…… ……
Assureur *No de police*

Je déclare avoir rempli la déclaration des salaires conformément à la législation sur l'Assurance-vieillesse et survivants (LAVS) et confirme par la signature l'exactitude des données indiquées. J'ai pris en compte les indications sur le salaire déterminant dans le mémento 2.01. Je suis notamment conscient que les honoraires des conseils d'administration font généralement partie du salaire déterminant:

…… …… ……
Lieu et date *Timbre et signature* *Personne de contact, No de téléphone*

……
Numéro de membre

Caisse AVS commerçants bernois
Wyttenbachstrasse 24
Postfach
3000 Bern 22

Attestation de salaire pour l'année 2025

feuille **1**

Numéro d'assuré	Données personnelles de l'assuré(e) (nom / date de naissance / sexe)			Durée d'occupation (jj.mm)		Sortie	Salaire AVS	Salaire AC	Renonciation
	nom, prénom	jj.mm.aa	F/M	du	au	5	(sans centimes)	(sans centimes)	franchise
1	2a	2b	2c	3	4		6	8a	15