AHV Kasse | Caisse AVS
Geschäftsinhaber Bern

AHV-KASSE · CAISSE AVS · CASSA AVS · 107
Wyttenbachstrasse 24 · Postfach · 3000 Bern 22
www.akgivbern.ch

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 plut 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)
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

➔ 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: _____

Veuillez 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