AHV Kasse | Caisse AVS
Geschäftsinhaber Bern

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

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 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).

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: _____

Veuillez 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