

No d'affilié	_____
No de contrib.	_____

(à remplir par la caisse de compensation)

DEMANDE D’AFFILIATION POUR PERSONNE SANS ACTIVITE LUCRATIVE

A REMPLIR PAR L’AFFILIE

1. Nom et prénom _____
2. Adresse _____
3. NPA et localité _____
4. No téléphone _____
5. Etat civil _____
6. Nationalité _____
7. Genre de permis pour les étrangers (joindre une copie du permis) _____
8. NSS _____
9. Date de naissance _____
10. Nom et prénom du conjoint _____
11. NSS du conjoint _____
12. Date de naissance du conjoint _____
13. Est-ce que votre conjoint exerce une activité lucrative (oui/non) _____
14. Salaire brut annuel du conjoint Fr. _____
15. Taux d’occupation du conjoint _____
16. Envisage-t-il une cessation prochaine de son activité _____
17. Si oui, à partir de quand _____
18. Coordonnées de paiement a) Nom et localité de la banque _____
b) No IBAN _____
19. Date de la cessation de l’activité lucrative _____
20. Nom et adresse du dernier employeur _____
21. Montant du revenu soumis à l’AVS au cours de la dernière année civile (salaires, IJAI, indemnités chômage) _____ CHF _____
22. Avec quelle caisse de compensation ces cotisations ont-elles été décomptées _____
23. Raison de la cessation de l’activité lucrative _____
24. Est-il probable que vous exercerez une activité lucrative _____
25. Si oui, à partir de quand _____
26. Quelles sont vos ressources actuelles _____
_____ mois/année

Montant versé par _____	CHF _____	par _____
Montant versé par _____	CHF _____	par _____
Montant versé par _____	CHF _____	par _____

Remarques : Pour l’exactitude de notre décision provisoire, veuillez nous indiquer tous vos revenus dès la date de cessation de votre activité lucrative.

DECLARATION ET SIGNATURE

Le soussigné (ou son représentant légal) certifie avoir répondu aux questions ci-dessus conformément à la réalité. En outre il prend note que, dès que la taxation fiscale déterminant les cotisations sera connue, un décompte sera effectué entre les cotisations payées sur la base de l'estimation provisoire et les cotisations dues.

Par la signature de ce formulaire, vous attestez avoir pris connaissance de ce qui suit.

Les indications figurant sur le formulaire et ses annexes (par exemple les attestations de toute sorte) doivent être véridiques et complètes. Il en est de même des informations ou documents qui nous seront remis par la suite. En cas de modification de la situation, il faut nous en informer dès que possible. Si, malgré nos procédures pour les éviter, des erreurs sont constatées au sujet des informations qui nous ont été données, il faudra immédiatement nous demander de les rectifier.

Nous devons vous mettre en garde que si vous ne vous conformez pas à ce qui précède en vue d'obtenir ou de faire obtenir à un tiers des prestations indues ou en vue d'éluider l'obligation de payer des cotisations, vous risquez des poursuites pénales et une peine de prison pouvant aller jusqu'à une année, ou une peine pécuniaire (article 148a du Code pénal ; art. 87 LAVS). De plus, les prestations indues devront être restituées.

Signature du membre

Lieu et date, _____, le _____

Nous vous prions de bien vouloir transmettre votre demande d'affiliation à l'agence communale AVS de votre domicile, avec une copie de votre dernière décision de taxation fiscale et des justificatifs de vos revenus.

A REMPLIR PAR L'AGENCE COMMUNALE AVS

REMARQUES _____

Timbre et signature de l'Agence

Lieu et date, _____, le _____