



DEMANDE D'AFFILIATION POUR LES EMPLOYEURS - EMPL

Pour des raisons de lisibilité, la forme masculine est employée dans ce document et désigne implicitement les personnes des deux sexes.

NIP (si connu) : _____

IDE : _____

Personne physique (coordonnées de l'employeur)

NSS : 756.

Nom et prénom : _____

Nom de célibataire : _____

État civil : _____

Depuis quand (jj/mm/aaaa) : _____

Canton ou pays d'origine : _____

Date d'entrée en Suisse (étrangers) : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Téléphone fixe (durant la journée) : _____

Portable : _____

Adresse e-mail : _____

Personne morale (coordonnées de l'employeur)

Nom de la société ou raison sociale : _____

Forme juridique : _____

Type d'activité de l'entreprise : _____

Téléphone fixe (durant la journée) : _____

Portable : _____

Adresse e-mail : _____

Adresse de l'employeur

Adresse de correspondance (si autre que l'adresse de l'employeur)

Rue, no : _____

Rue, no : _____

NPA, localité : _____

NPA, localité : _____

Coordonnées bancaires ou postales

Nom de l'établissement bancaire ou postal : _____

IBAN obligatoire : _____

Clearing : _____

Employés

La société occupe-t-elle du personnel ?

oui

non

Nom des associés (pour les sociétés simples et en nom collectif)

NIP

Type d'affiliation

L'employeur soussigné demande son affiliation aux caisses suivantes dès le : _____

marquer d'une croix l'affiliation demandée

simultanément pour le paiement des cotisations AVS/AI/APG/AC **et** AF ⇒ (Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS et Caisse cantonale d'allocations familiales)

uniquement pour le paiement des cotisations AVS/AI/APG/AC ⇒ (Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS)
Nom de la caisse d'allocations familiales à laquelle vous êtes affilié :

uniquement pour le paiement de la cotisation AF ⇒ (Caisse cantonale d'allocations familiales)
Nom de la caisse AVS à laquelle vous êtes affilié :

régime agricole (pour les agriculteurs et viticulteurs **non membres de la FRV**) : pour le paiement des cotisations AVS/AI/APG/AC/LFA et AF ⇒ (Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS et Caisse cantonale d'allocations familiales)

régime agricole (pour les agriculteurs et viticulteurs **membres de la FRV**) : pour le paiement des cotisations AVS/AI/APG/AC/LFA et des cotisations FRV ⇒ (Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS et Caisse cantonale d'allocations familiales)

Masse salariale

L'employeur déclare annuellement à la Caisse les salaires versés. Il doit toutefois verser des acomptes de cotisations (en principe mensuels). Pour permettre à la Caisse de fixer le montant de l'acompte, ainsi que sa périodicité, veuillez répondre aux questions ci-dessous :

Montant **annualisé** probable des salaires bruts : CHF _____ et nombre probable de salariés : _____

ou Montant **mensuel** probable des salaires bruts : CHF _____ 12 ou 13 mensualités

Activité exercée dans l'agriculture ou la viticulture _____ salaires annualisés des collaborateurs familiaux : CHF _____

_____ salaires annualisés des travailleurs agricoles : CHF _____

Assurances obligatoires (LAA et LPP)

Chaque caisse de compensation AVS a la tâche de s'assurer que les employeurs qui lui sont affiliés remplissent leurs obligations légales, à l'égard de leur personnel et le cas échéant d'eux-mêmes (s'ils se déclarent comme salariés à l'AVS), en matière de LAA (Loi sur l'assurance-accidents) et de LPP (Loi sur la prévoyance professionnelle).

Une police d'assurance-accidents, conforme à la LAA, a-t-elle été conclue auprès d'un assureur reconnu ?

oui ⇒ Nom et adresse de l'assureur : _____

non

L'employeur est-il affilié pour son personnel auprès d'une institution de prévoyance professionnelle (LPP) reconnue ?

oui ⇒ Nom et adresse de l'institution (**joindre attestation**) : _____

non ⇒ Indiquer pour quelle raison : _____

Commentaires

Annexe(s) : - Attestation LPP
- Annonce de personnel

Déclaration et signature

Le soussigné certifie avoir rempli le présent formulaire de manière complète et conforme à la vérité.

Lieu et date : _____

Signature : _____

Merci de signer ce formulaire et de l'envoyer par la Poste à l'Agence d'assurances sociales de Lausanne

Agence d'assurances sociales

Lieu et date : _____

Timbre et signature : _____