



Ausgleichskasse des
Schweizerischen Gewerbes

Caisse de compensation
des arts et métiers suisses

Cassa di compensazione
dell'artigianato svizzero

Obligation de cotiser AVS

Annonce d'engagement de personnel

Vous occupez désormais du personnel. Nous vous prions dès lors de compléter le présent questionnaire.

Données concernant l'entreprise

Nom de l'entreprise	Numéro d'identification des entreprises (IDE)
	Date de l'inscription au registre du commerce / date de création
	Langue pour correspondance ☐ Anglais ☒ Français ☐ Italien ☐ allemand
Association professionnelle	Caisse de compensation actuelle
	Ancien propriétaire de l'entreprise

Adresse commerciale

Complément (p. ex. 'à l'att. de ...')	Téléphone
Adresse	Fax
Boîte postale	E-Mail
Numéro postal	Localité
	Site Internet

Personne de contact

Nom	Numéro de téléphone direct
Prénom	Adresse E-Mail

Adresse du siège social (si elle diffère de l'adresse commerciale)

Complément (p. ex. 'à l'att. de ...')	Numéro de téléphone principal
Adresse	Fax principal
Boîte postale	
Numéro postal	Localité

Adresse d'acheminement postal (si elle diffère de l'adresse commercial

Destinataire	
Complément (p. ex. 'à l'att. de ...')	Téléphone
Adresse	Fax
Boîte postale	
Numéro postal	Localité

Adresse de paiement

Numéro IBAN (21 positions)

Veuillez indiquer les informations suivantes si vous ne connaissez pas le numéro IBAN:

Païement de notre part sur le compte ☐ Banque ☐ CCP	Compte postal
No-Clearing / Banque	
Compte bancaire	

Personnes employées

Nombre de personnes employées:
Employez-vous des salariés qui exercent une autre activité lucrative à l'étranger? ☐ oui ☐ non
S'agit-il d'une exploitation agricole? ☐ oui ☐ non

Sont entre autres considérés également comme employé(e)s les commissionnaires, appren-ti(e)s, auxiliaires et sous-traitants.

Salaires soumis à l'AVS dès le (date):	Masse salariale annuelle AVS présumée
--	---------------------------------------

Les acomptes de cotisations seront déterminés sur la base de ces informations. La masse salariale comprend également d'éventuels tantièmes, honoraires des membres du conseil d'administration ou toute autre rémunération.

Êtes-vous déjà affilié à une caisse d'allocations familiales (CAF)?

☐ oui ☐ non	Si oui, nom de la caisse d'allocations familiales:
---	--

Allocations familiales

Nombre d'employé(e)s avec enfants ou jeunes en formation
--

Données personnelles des employés

Nom de famille	Numéro d'assuré (AVS)
Prénom	Date de naissance
Début de l'activité	

Nom de famille	Numéro d'assuré (AVS)
Prénom	Date de naissance
Début de l'activité	

Nom de famille	Numéro d'assuré (AVS)
Prénom	Date de naissance
Début de l'activité	

Pour l'annonce d'autres employés veuillez joindre votre propre liste

Prévoyance professionnelle

Si vous occupez du personnel, nous avons besoin des informations suivantes:

Les personnes que vous employez sont-elles inscrites auprès d'une institution de prévoyance (IP)? ☐ Non ☐ Oui ☐ Procédure d'affiliation en cours
Nom et adresse de l'institution de prévoyance
Numéro de police (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 22680.00/an soit CHF 1890.00/mois) ☐ 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'institution de prévoyance) ☐ sans LPP aucune obligation de contrôle de la LTN
Souhaitez-vous, pour vous-même et/ou votre personnel, procéder à une affiliation auprès de notre caisse de prévoyance? ☐ oui ☐ non

Assurance-accidents obligatoire

Auprès de qui avez-vous souscrit, pour votre personnel, une assurance-accidents au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA)?

Les caisses de compensation sont tenues d'effectuer ce contrôle.

Nom et adresse de la société d'assurance (p.ex. SUVA):
Numéro de police (joindre une copie du contrat / de la police)
Motifs d'exemption LAA ☐ les membres de la famille de l'exploitant qui travaillent dans l'entreprise agricole ☐ les membres de la famille de l'employeur qui ne perçoivent pas de salaire en espèces et ne versent pas de cotisations à l'AVS ☐ les membres de conseils d'administration qui ne sont pas occupés dans l'entreprise ☐ revenu annuel jusqu'à 2'500 francs (ne s'applique pas aux ménages privés et aux employeurs dans le domaine artistique) ☐ les agents de la Confédération qui sont soumis à l'assurance militaire ☐ les personnes qui exercent sans contrat de service une activité dans l'intérêt public (par ex. membres de parlements, d'autorité ou de commissions) ☐ Athlètes, entraîneurs et entraîneuses qui sont actifs dans un club sportif ou une organisation similaire et dont le revenu ne dépasse pas 10 800.00 CHF par an.

Annexes requises

Confirmation

Remarques	
Lieu et date	Timbre et signature