



Avenue Pratifori 22
Case postale 180
1951 Sion

Questionnaire d'affiliation, de radiation ou de modification pour les indépendants et employeurs

Une version informatisée de ce document est à votre disposition sur www.avvs-vs.ch sous la rubrique Formulaires

Vous trouverez, sur notre site internet www.avvs-vs.ch les renseignements généraux relatifs aux cotisations AVS/AI/APG/AC/AF ainsi que le mémento d'information 2.02 relatif aux cotisations des indépendants.

Pour tous renseignements utiles, un agent communal AVS se tient à votre disposition dans votre commune de domicile.

Vous pouvez également nous contacter en cas de besoin par téléphone au 027 324 91 11 ou à l'adresse e-mail : info@avvs-vs.ch

Conseils pratiques

Selon votre situation, ce document ne doit être complété qu'en partie :

- pour les **indépendants sans personnel**, remplir les points 1, 2, 4(a - f) et 6
- pour les **indépendants qui occupent du personnel**, remplir les points 1,2,4 (a - f), 5 et 6
- pour les **employeurs individuels** (p. ex. employeurs de personnel de maison ou autre) remplir les points 1,2, 5 et 6
- pour les **sociétés sans personnel**, remplir les points 1, 3 et 6
- pour les **sociétés occupant du personnel**, remplir les points 1, 3, 5 et 6

s'il s'agit d'une société de personnes (p. ex. société simple ou en nom collectif) qui occupe également du personnel, remplir un questionnaire comme indépendant pour chaque associé ainsi qu'un questionnaire au nom de la société pour l'ouverture d'un compte employeur.



1. Renseignements nécessaires aux relations administratives

N° d'affilié : _____ (référence citée en marge de nos courriers, ne rien indiquer si ce n° vous est inconnu)
Tél. Privé : _____ / _____ Tél. Prof. : _____ / _____ E-mail : _____
IDE : CHE-_____ Banque/ Poste : _____
N° IBAN : CH_____

IDE = n° d'identification attribué par l'OFS à chaque entreprise active en Suisse www.uid.admin.ch
Les encaissements des cotisations sont basés sur un principe d'acomptes de sorte que votre n° IBAN est indispensable pour toute restitution.

2. Coordonnées personnelles à remplir pour un indépendant ou un employeur individuel

(Cocher la rubrique vous concernant ou passer directement au point 3 pour l'affiliation d'une société)

- Raison Individuelle/ indépendant**
 Associé dans une SNC, société simple ou en commandite (remplir un questionnaire pour chaque associé indépendant)
 Employeur individuel (remplir dans ces rubriques les coordonnées de l'employeur puis compléter la page 4)

Nom de famille : _____
Prénom : _____
Filiation : _____
Date de naissance : _____
N° AVS (NSS) : 756._____._____._____
Pays d'origine : _____
Etat civil : _____ depuis quand : _____
Commune de domicile : _____ depuis quand _____
Adresse de domicile : _____
Adresse de correspondance si différente du domicile : _____

Coordonnées du conjoint si marié, séparé
ou lié par un partenariat enregistré

Nom : _____
Prénom : _____
Né(e) le : _____
Activité : _____

(si la correspondance doit être adressée à un tiers, joindre une procuration, la décision de curatelle ou autre)

Si autorisation de séjour, spécifier Type : _____ et joindre copie du permis de séjour

... puis passer à la page 2 pour remplir la suite du questionnaire

3. Coordonnées à remplir pour l'affiliation d'une société

Forme juridique : _____ (SA, Sàrl, Association, Fondation etc.)
Raison sociale : _____
Adresse : _____
Domicile/siège social : _____
Date de l'inscription au registre du commerce : _____
Nom, prénom et domicile des associés / administrateurs _____ part au revenu _____
_____ _____
_____ _____

La société occupe-t-elle du personnel ou verse-t-elle des honoraires à ses administrateurs ? oui
 non

... puis passer à la page 4 pour remplir la suite du questionnaire

4a. Renseignements sur la situation personnelle à compléter pour toute activité indépendante

Activité(s) indépendante(s)

- **Activité 1 genre :** _____
- Nom et adresse de l'exploitation : _____
- Date de début d'activité : _____ Date de fin (si l'activité a cessé) : _____
- Revenu effectif présumé : Fr. _____ (réalisé la 1^{ère} année durant la période effective d'activité, ne pas annualiser)

Des acomptes seront provisoirement déterminés en fonction du revenu présumé : nos décisions seront revues sur la base des revenus indépendants de chaque année qui nous seront communiqués ultérieurement par l'autorité fiscale.

- **Activité 2 genre** (si vous exercez une 2^{ème} activité indépendante) : _____
- Nom et adresse de l'exploitation : _____
- Date de début d'activité : _____ Date de fin (si l'activité a cessé) : _____
- Revenu effectif présumé : Fr. _____ (réalisé la 1^{ère} année durant la période effective d'activité, ne pas annualiser)

- **Durée d'occupation en mois ou en % :**
 - activité indépendante non agricole : _____ mois ou _____ %
 - activité indépendante agricole : _____ mois ou _____ %
 - activité salariée : _____ mois ou _____ %
 - sans activité lucrative : _____ mois ou _____ %

Quelle est votre activité principale ? (préciser)

Renseignements sur la nouvelle activité indépendante exercée

OUI NON

- Possédez-vous vos propres locaux d'exploitation ou louez-vous des locaux équipés d'installations en usage dans la branche ? (si locaux loués, joindre une copie du contrat de bail) OUI NON
- Avez-vous opéré des investissements importants en relation avec votre activité ? OUI NON
Si oui, indiquer les plus importants : _____ (joindre copie de factures)
- Encourez-vous les pertes qui pourraient résulter de votre activité ? OUI NON
- Supportez-vous les risques d'encaissement ? (si oui, joindre copies de factures établies) OUI NON
- Disposez-vous de votre propre organisation d'entreprise ? OUI NON
- Recherchez-vous personnellement une clientèle au moyen de publicités, d'offres ? (joindre copies) OUI NON
- Disposez-vous d'un site internet ? (si oui: www. _____) OUI NON
- Prenez-vous régulièrement en charge des travaux adjudés par des tiers ? OUI NON
- Traitez-vous les affaires en votre nom personnel ? (joindre copies factures, commandes fournisseurs) OUI NON
- Prenez-vous personnellement les décisions touchant la marche de l'entreprise ? OUI NON
- Etes-vous inscrit au Registre du commerce ? OUI NON
- Disposez-vous de votre propre assurance responsabilité civile (RC) professionnelle ? (copie police) OUI NON
- Supportez-vous l'intégralité des frais liés à votre activité ? OUI NON
- Occupez-vous du personnel ? OUI NON
Si oui, compléter la rubrique 5 du questionnaire
- Travaillez-vous principalement pour le compte d'une Maison déterminée ? OUI NON
Si oui a) indiquer l'adresse de cette Maison : _____

- b) avez-vous conclu un contrat ou une convention ? (si oui, joindre une copie) OUI NON
- c) êtes-vous intégré à l'organisation du travail de cette entreprise ? OUI NON
- d) êtes-vous soumis de façon décisive à ses directives ? OUI NON
- e) recevez-vous des instructions de votre mandant ? OUI NON
- f) selon quel mode de rétributions êtes-vous rémunéré ? OUI NON
 heure forfait mois commission
- g) les travaux sont-ils exercés dans vos propres locaux ? OUI NON

- Joindre copie des contrats / mandats ou accords vous liant à vos partenaires commerciaux -

4b. A remplir par les agents d'assurances ou voyageurs de commerce

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Utilisez-vous vos propres locaux commerciaux ou des locaux que vous louez ? (bureaux, magasins, locaux d'exposition, etc. ; ne sont pas considérés comme des locaux commerciaux ceux où loge l'agent ou le voyageur et où il gare ses automobiles) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Occupez-vous du personnel ? (personnel de bureau, sous-représentants, etc. ; ne comptent pas comme personnel l'épouse et les autres membres de la famille participant aux travaux sans toucher un salaire en espèce, de même que les employés de maison) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Supportez-vous vous-même la majeure partie des frais généraux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4c. A remplir si vous exercez une activité salariée en CH ou à l'étranger ainsi que si vous avez cessé une activité salariée pour débiter une activité indépendante

- Nom+adresse de l'employeur : _____

- Genre de l'activité salariée : _____
- Depuis le : _____ jusqu'au (si l'activité a cessé) : _____ Salaire annuel : Fr. _____

4d. Modification de situation

à remplir si vous avez repris ou remis une exploitation

- Genre et date de la modification : _____
- Motif et date de la radiation : _____
- Nom et adresse du prédécesseur : _____
- Nom et adresse du successeur : _____

4e. Activités agricoles

à remplir si vous exercez une activité agricole

- Type de cultures : _____ Surface : _____ m2
- Genre de bétail : _____ Nombre : _____
- Autre activité agricole (à préciser) : _____

Lorsque les biens fonds agricoles sont loués, joindre une copie du contrat de bail, si vous en êtes propriétaire, joindre un extrait du cadastre stipulant les surfaces agricoles à votre nom.

4f. LAFam – Loi fédérale sur les allocations familiales

En qualité d'indépendant, souhaitez-vous votre adhésion à :

- La caisse cantonale d'allocations familiales CIVAF gérée par la Caisse de compensation du canton du Valais
 Oui
- Une autre caisse d'allocations familiales, appropriée à votre secteur d'activité :
Nom de la Caisse : _____

(sous réserve d'approbation du Service cantonal des allocations familiales)

5. Affiliation comme employeur – renseignements sur les salariés occupés
à remplir si vous occupez du personnel (y compris personnel de maison), si vous versez des salaires, honoraires ou toute indemnité ou prestation ayant une relation quelconque avec les rapports de service

Personnes occupées :

| | Employés, ouvriers, apprentis etc. | | | Membres de la famille | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------|-----------|-----------|
| | nombre | depuis le | jusqu'au* | nombre | depuis le | jusqu'au* |
| a) dans l'exploit. agricole | | | | | | |
| b) dans l'exploit. non agricole | | | | | | |
| c) au ménage | | | | | | |
| d) pour un travail occasionnel | | | | | | |

* Ne remplir la colonne « jusqu'au » que si vous n'occupez plus de personnel ou si vous n'en avez occupé que pour une période déterminée : l'affiliation comme employeur prendra alors fin à cette date.

- Nature de l'activité confiée aux salariés : _____
- Estimation du montant annuel total des salaires, y compris gratification, 13^{ème} salaire etc : Fr. _____

En principe, les cotisations paritaires doivent être payées par acomptes forfaitaires périodiques. Ces derniers seront déterminés sur la base de la masse salariale indiquée ci-dessus. La correction sera effectuée en fin d'année sur la base du décompte nominatif qui devra nous être remis pour le 30 janvier suivant l'année de cotisations. En cours d'année, vous devez nous annoncer les modifications importantes (10%) des salaires versés afin d'adapter les acomptes. A certaines conditions, la caisse peut autoriser à verser le montant exact des cotisations pour chaque période de paiement. En optant pour le paiement exact, vous devrez calculer pour chaque période le montant des cotisations sur la base des salaires versés tout en effectuant les paiements exacts scrupuleusement dans les délais impartis, soit dans les 10 jours qui suivent chaque période de paiement. En cas de retard, la Caisse de compensation peut fixer des acomptes forfaitaires.

- Veuillez préciser le mode de facturation souhaité : paiement forfaitaire périodique
 paiement exact pour chaque période de paiement

• **LAA – Loi fédérale sur l'assurance-accident**

Votre personnel est-il assuré selon la LAA ? oui non

Si oui, auprès de quelle institution (SUVA, assurance privée, etc) : _____

• **LPP – Loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité**

Pour votre personnel, êtes-vous affilié à une institution de prévoyance inscrite dans le registre de la prévoyance professionnelle ?

oui - nom et adresse de l'institution de prévoyance et joindre copie de l'attestation d'affiliation

non - parce que _____

• **LAFam – Loi fédérale sur les allocations familiales**

Pour votre personnel, souhaitez-vous votre adhésion à :

- La caisse cantonale d'allocations familiales CIVAF gérée par la Caisse de compensation du canton du Valais

Oui

- Une autre caisse d'allocations familiales, appropriée à votre secteur d'activité ?

Nom de la Caisse : _____

6. Remarque, date et signature

Je certifie que les indications ci-dessus sont complètes et exactes. Date : _____ Signature : _____

Date et visa de l'agent communal AVS si ce questionnaire est remis par son intermédiaire : _____