

Section (laisser libre) \_\_\_\_\_

No membre (laisser libre) \_\_\_\_\_ // \_\_\_\_\_

No membre association

No membre caisse AVS

**DÉCLARATION D'ADHÉSION pour entreprises individuelles**

et

**fiche de données en vue de clarifier l'obligation de décompter et de cotiser à l'AVS/AI/APG/AC/CP**

Nom, prénom du propriétaire de l'entreprise: \_\_\_\_\_

Etat civil: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Numéro AVS du propriétaire de l'entreprise: \_\_\_\_\_

Nom, prénom et numéro AVS du

conjoint: \_\_\_\_\_

**Adresse de l'entreprise:**

Nom de l'entreprise (Dénomination) \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_

NPA/Lieu \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Téléfax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Adresse privée:**

Rue \_\_\_\_\_

NPA/Lieu \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Téléfax \_\_\_\_\_

**Adresse tierce:** \_\_\_\_\_

p. ex. fiduciaire \_\_\_\_\_

**Genre d'entreprise**

Salon p. dames

Salon p. hommes

mixte

Nombre de places \_\_\_\_\_

Numéro TVA ou numéro IDE \_\_\_\_\_

Avez-vous ouvert une nouvelle entreprise?

oui

non

→ Date d'ouverture: \_\_\_\_\_

Avez-vous repris une entreprise existante?

oui

non

→ Si oui, de qui? \_\_\_\_\_

**Il est obligatoire de joindre une copie du contrat de location à la déclaration d'adhésion.**

**Employez-vous des salarié(e)s?**

oui

non

Si oui, combien?

Nombre

Nombre

Conjoint collaborant		Coiffeuses/coiffeurs diplômé(e)s	
Apprenti(e)s		Employé(e)s à temps partiel	
Autres (stagiaires, réceptionnistes, etc...)		<b>Total (sans propriétaire)</b>	

(Joindre copies des certificats d'assurance AVS, resp. inscrire les salarié(e)s).

**Exploitez-vous des succursales outre l'entreprise principale ?**

oui

non

Si oui, nombre et adresse(s) de la/des succursale(s) \_\_\_\_\_

Adresse	Date de la reprise	Nombre de salarié(e)s	Estimation de la masse salariale annuelle

**En cas d'occupation de salarié(e)s en-dehors du siège principal, veuillez compléter ici la masse des salaires probable (brute) par année et par succursale.**

**Votre entreprise est-elle inscrite au registre du commerce?**

oui

non

→ Si oui, prière de joindre un extrait du RC (obligatoire).

**Déclaration:**

Le/la soussigné(e) confirme que le formulaire est dûment rempli, conformément à la vérité, et qu'il/elle s'engage, après admission définitive auprès de **coiffureSUISSE**, à se conformer à toutes les prescriptions et décisions de l'association centrale et de la section.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Cachet de l'entreprise et signature

**A remplir par la section:**

Cachet de la section

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
2 signatures

**Annexes: contrat de location valable, copies de tous les certificats d'assurance AVS, évt. convention d'affiliation à la caisse de pensions, extrait du registre du commerce,**

## Questions importantes pour l'AVS:

<b>Adresse pour la correspondance:</b>	Adresse de l'entreprise	Adresse privée	Adresse tierce
<b>Qui est responsable pour les questions d'AVS dans votre entreprise?</b>	_____		
<b>Langue de correspondance :</b>	allemand	français	italien

**A combien évaluez-vous la masse des salaires (bruts) à verser par année aux salarié(e)s:** Fr. \_\_\_\_\_

**A combien évaluez-vous, en Fr., les recettes brutes (chiffre d'affaires) en moyenne par mois?** Fr. \_\_\_\_\_

**A combien évaluez-vous votre revenu probable durant le premier exercice?** Fr. \_\_\_\_\_

**Désirez-vous payer les cotisations AVS par mois ou par trimestre?**  
(Lorsque la masse des salaires est supérieure à Fr. 200'000.-- par an, les cotisations sont facturées mensuellement de par la loi).

par mois                      par trimestre

**Avez-vous déjà inscrit cette entreprise auprès d'une autre caisse de compensation AVS?**                      oui                      non

→ Si oui, nom de la caisse de compensation AVS : \_\_\_\_\_

L'adhésion à **coiffureSUISSE** entraîne automatiquement l'affiliation à la caisse de compensation de l'association Coiffure & Esthétique. Un changement de caisse sera entrepris le plus tôt possible.

**Auprès de quelle caisse avez-vous décompté les cotisations AVS/AI/APG/AC en dernier ?**

Caisse de compensation: \_\_\_\_\_  
en tant qu'indépendant/e                      en tant que salarié/e                      en tant que personne n'exerçant pas d'activité lucrative

<b>Coordonnées bancaires ou postales :</b>			
<b>Compte bancaire</b>			
Nom de la banque	_____		
NPA/Lieu	_____		
No compte	_____	Titulaire	_____
No Clearing	_____	No IBAN	_____
<b>Compte postal</b>			
No compte	_____	Titulaire	_____
<b>Système de recouvrement direct:</b> (seulement pour les cotisations AVS)	oui	non	

**Caisse d'allocations familiales (CAF)**

Auprès de quelle caisse d'allocations familiales avez-vous décompté les cotisations CAF en dernier? \_\_\_\_\_

→ Nombre de salarié(e)s ayant droit aux allocations p. enfants / de formation : \_\_\_\_\_

**Prévoyance professionnelle (LPP)**

**Désirez-vous, pour vous ou pour vos employé(e)s, une affiliation à la propre caisse de pensions de l'association Coiffure & Esthétique ?**

Oui, prière de me faire parvenir une offre sans engagement

Non, les collaborateurs/trices sont déjà assuré(e)s à la LPP

Nom de la caisse de pensions: \_\_\_\_\_

No de police: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Il est obligatoire de joindre la convention d'affiliation.**

**Assurance-accident obligatoire (LAA):**

Nom de l'assurance-accident: \_\_\_\_\_

No de police: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

**Remarques:**

---

---

---

---

---

---

---