

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 de décompte TVA \_\_\_\_\_

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><br>(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:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_