

Obligation de cotiser à l'AVS

Affiliation comme personne sans activité lucrative

Etes-vous inscrit(e) comme personne sans activité lucrative auprès d'une autre caisse de compensation?

Si oui, CdC:

depuis le:

(Veuillez joindre une copie de la décision ou du décompte correspondant – le cas échéant, la suite du présent formulaire ne doit pas être remplie)

Données personnelles

| | |
|---|---|
| Nom(s) de famille | Numéro d'assuré |
| Prénom(s) | Date de naissance |
| Sexe | Nationalité |
| Etat civil actuel célibataire marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf/veuve | Langue pour correspondance allemand français italien |
| dès (jj.mm.aaaa) | |

Adresse de domicile (domicile fiscal)

| | | |
|---------------------------------------|--------------------|---------------|
| Complément (p. ex. 'à l'att. de ...') | Téléphone | |
| Adresse | Téléphone portable | |
| Case postale | Fax | |
| Numéro postal | Localité | Adresse email |

Adresse postale (si différent de l'adresse de domicile)

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Destinataire | |
| Complément (p. ex. 'à l'att. de ...') | Téléphone |
| Adresse | Fax |
| Case postale | |
| N° postale | Localité |

Adresse de paiement (pour d'éventuelles restitutions de cotisations)

Numéro IBAN (21 positions)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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

| | |
|---|---------------|
| Paiement de notre part sur le compte Banque Poste | Compte postal |
| No-Clearing / Banque | |
| Compte bancaire | |

Informations concernant l'activité lucrative du demandeur

| | |
|---|--|
| Date de l'arrêt de l'activité | Dernier employeur |
| Etiez-vous indépendant(e)? oui non | Si oui, veuillez indiquer la caisse de compensation compétente |
| Quel revenu soumis à l'AVS percevez-vous, resp. perceviez-vous au cours de l'année de l'arrêt de l'activité? (CHF) (Employé(e): veuillez joindre une copie des documents de salaire) (Indépendant(e): veuillez joindre une copie de la dernière décision de cotisation) | |
| Exercez-vous actuellement une activité suppl. comme indépendant(e)? oui non | Si oui, veuillez indiquer la caisse de compensation compétente |
| Avez-vous actuellement un revenu suppl. comme employé(e)? oui non | Si oui, veuillez indiquer l'employeur concerné |
| Taux d'occupation de l'activité exercée? 100% partiel, en pourcent _____ % | Estimation du revenu annuel présumé (CHF) |
| Recevez-vous des indemnités de chômage? oui non | Si oui, veuillez indiquer la caisse de chômage compétente |
| Si oui, période (du – au) | Indemnité AC par année (joindre le certificat de prestations)? (CHF) |

Données personnelles du conjoint

| | |
|---|-------------------|
| Nom(s) de famille | Numéro d'assuré |
| Prénom(s) | Date de naissance |
| Sexe | Nationalité |
| Langue pour correspondance allemand français italien | |

Adresse de domicile (domicile fiscal)

| | | |
|---------------------------------------|--------------------|---------------|
| Complément (p. ex. 'à l'att. de ...') | Téléphone | |
| Adresse | Téléphone portable | |
| Case postale | Fax | |
| Numéro postal | Localité | Adresse email |

Adresse postale (si différent de l'adresse de domicile)

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

Adresse de paiement (pour d'éventuelles restitutions de cotisations)

Numéro IBAN (21 positions)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

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

| | |
|--------------------------|---------------|
| Compte Banque Poste | Compte postal |
| No-Clearing / Banque | |
| Compte bancaire | |

Informations concernant l'activité lucrative du/de la conjoint(e)

| | |
|---|--|
| Exercez-vous une activité lucrative en tant que personne employée? oui, depuis le _____ non _____ | Si oui, veuillez indiquer le nom de l'employeur |
| Taux d'occupation de l'activité exercée? 100% temps partiel _____ % | |
| Exercez-vous une activité comme indépendant(e)? oui non | Si oui, veuillez indiquer la caisse de compensation compétente |
| Quel revenu soumis à l'AVS percevez-vous, resp. perceviez-vous au cours de l'année de l'arrêt de l'activité? (Employé(e): veuillez joindre une copie des documents de salaire) (Indépendant(e): veuillez joindre une copie de la dernière décision de cotisation) | |
| BRecevez-vous des indemnités de chômage? oui non | Caisse de chômage compétente |
| Si oui, période (du – au) | Indemnité AC par année? (joindre le certificat de prestations) |

Situation financière

| |
|---|
| Bénéficiez-vous de prestations? Prestations d'assistance Prestations complémentaires (joindre une copie de la décision) |
|---|

Fortune déterminante

(joindre une copie du protocole de taxation en votre possession ou de la déclaration d'impôt complétée)

Veuillez déclarer l'ensemble des biens (fortune nette) en Suisse, ainsi qu'à l'étranger et pour les deux conjoints (avant déduction de l'exonération d'impôts).

| | |
|---|---------------------------|
| Fortune nette selon la dernière déclaration d'impôts (CHF) | |
| Votre fortune a-t-elle changé depuis la dernière taxation? oui non | Si oui, de combien + ou - |
| Des terrains constructibles et/ou immeubles d'habitation sont-ils compris dans la fortune? oui non | |

La valeur fiscale cantonale de l'immeuble ou du terrain n'est pas déterminante pour la fixation des cotisations AVS (fédérales). C'est la valeur de répartition intercantonale (valeur fiscale fédérale) qui est prise en compte en raison des différences notables dans l'évaluation des biens immobiliers entre cantons. La caisse de compensation calcule provisoirement la valeur de répartition sur la base des informations et documents mis à sa disposition. Cependant, les valeurs de répartitions fixées par l'autorité fiscale cantonale compétente font foi pour l'évaluation définitive. Les terrains et biens immobiliers suivants font partie de la fortune nette:

| | Terrain constructible/ Immeuble Nr. 1 | Terrain constructible/ Immeuble Nr. 2 | Terrain constructible/ Immeuble Nr. 3 |
|--|--|--|--|
| Valeur fiscale cantonale/valeur officielle/taxe cadastrale (CHF) | | | |
| Dans quel canton se trouvent-ils? (indiquez le pays s'ils ne se trouvent pas en Suisse) | | | |

FYj Ybi g'Xfhfa]bUhg'UWëi]g'gci g'Zfa Y'XY'fYbH'

Veillez déclarer les revenus (pour les deux conjoints, resp. les deux partenaires) pour la période dès début de l'obligation de cotiser en tant que personne non active. Les prestations payées de façon irrégulière (p.ex. en cas d'interruption du paiement ou de modification du montant) doivent être indiquées séparément.

BYZbhdUg'dUFH'Y'Xi 'fYj Ybi 'Xfhfa]bUhg'UWëi]g'gci g'Zfa Y'XY'fYbH'.

- les revenus de la fortune
- les aides sociales et les prestations d'assistance
- les indemnités de l'assurance chômage
- les prestations de l'AI et de l'APG ainsi que les prestations complémentaires cantonales de l'AVS et AI
- les contributions d'entretien et d'aliment découlant du droit de la famille qui ne sont pas consécutif à un divorce et pour lesquelles des contributions ont déjà été payée lors du premier versement.

| | Période du - au | Demandeur(se) CHF par mois | Conjoint(e) CHF par mois |
|---|--------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Touchez-vous une rente de l'AVS (à l'exception d'une rente d'invalidité)? oui non | | | |
| Recevez-vous une pension ou une rente d'une caisse de pension, fondation de prévoyance, d'une assurance de groupe ou individuelle? oui non | | | |
| Recevez-vous une rente transitoire jusqu'à la rente AVS ou AI? oui non | | | |
| Recevez-vous une rente de l'assurance accident? oui non | | | |
| Recevez-vous une rente étrangère (indiquez la monnaie du pays)? oui non | | | |
| Recevez-vous des indemnités journalières d'une caisse maladie et/ou d'une autre assurance? oui non | | | |
| Recevez-vous une pension alimentaire (sans l'entretien des enfants)? oui non | | | |
| Recevez-vous une rente de l'assurance militaire? oui non | | | |
| Recevez-vous des prestations provenant d'une rente viagère ou d'un contrat d'entretien viager ou autre arrangement du même ordre? oui non | | | |
| Valeur locative du logement gratuitement mis à disposition (sans la valeur locative du propre logement)? | | | |
| Recevez-vous d'autres prestations périodiques? oui non | | | |

>i ghZWHZg'fYei]g

Veillez joindre les justificatifs suivants au présent questionnaire:

- Copie du protocole de taxation fiscale (s'il existe ou alors de la déclaration d'impôt)
- Copie des décomptes de salaires
- Copie de la décision de la caisse de pension

7 cbZfa Ujcb

@'df f g Ybhei YghcbbUj f YUX—a Ybhiflf'fYa d`j`YhYghWcbZfa Y{`UffU]lf.

Remarques

Lieu et date

Signature du demandeur / de la demandeuse

Lieu et date

Signature du conjoint / de la conjointe