

caisse compétente (cocher la mention exacte)

patrons bernois

transport

cliniques privées

Données concernant l'entreprise

Données concernant l'entreprise

Nom de l'entreprise	Numéro d'identification des entreprises (IDE)
	Date de l'inscription dans le registre de commerce / date de création
	Langue de correspondance <input type="radio"/> allemand <input type="radio"/> français <input type="radio"/> italien
Forme juridique <input type="radio"/> Société anonyme <input type="radio"/> Entreprise individuelle <input type="radio"/> Fondation <input type="radio"/> Société simple <input type="radio"/> Société coopérative <input type="radio"/> Association <input type="radio"/> Société à responsabilité limit (sàrl) <input type="radio"/> Société anonyme en commandite <input type="radio"/> Collectivité de droit public <input type="radio"/> Société en nom collectif	Entreprise Caisse de compensation actuelle Description de l'activité

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 commerciale)

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

Adresse de paiement

Numéro IBAN (21 positions)

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

Paiement de notre part sur le compte <input type="checkbox"/> Banque <input type="checkbox"/> Poste	Compte postal
No-Clearing / Banque	
Compte bancaire	

Adhésion à une association professionnelle

Dans le cas où vous êtes déjà membre de l'une des associations professionnelles suivantes, nous vous prions d'indiquer, sur la ligne correspondante, la date d'entrée et votre numéro d'adhérent. Si votre adhésion est en cours mais n'est pas encore effective, veuillez cocher la case correspondante dans la colonne 'E'.

Association professionnelle	Date d'entrée	Numéro d'adhérent	E
WVT - Wirtschaftsverband Thun Oberland			<input type="checkbox"/>
AAB - Association des avocats bernois			<input type="checkbox"/>
HIV - Union du Commerce et de l'Industrie			<input type="checkbox"/>
Schweiz. Treuhänder-Verband, Sektion Kt. Bern			<input type="checkbox"/>
SMB - SWISSMECANIC, Section Bienne			<input type="checkbox"/>
VAB - Verband der Arbeitgeber Region Bern			<input type="checkbox"/>
ANB - Association des notaires bernois			<input type="checkbox"/>
VSB - Chambre Fiduciaire, section du canton de Berne			<input type="checkbox"/>
WVO - Wirtschaftsverband Oberaargau			<input type="checkbox"/>
AGT - Arbeitgeberverband Transportunternehmen			<input type="checkbox"/>
DBS - Dérivés du Bois Suisse			<input type="checkbox"/>
ospita – Les entreprises suisses de santé			<input type="checkbox"/>
SWISS REHA - l'association des cliniques de réadaptation			<input type="checkbox"/>

Filiales

Pour les succursales ainsi que les lieux de travail et les lieux d'emploi dans d'autres cantons, veuillez remplir la feuille supplémentaire "Succursale". Vous pouvez télécharger le formulaire directement à partir de notre page d'accueil, dans la section "Formulaires".

Personnel employé

Nombre d'employé(e)s:

Employez-vous des salariés qui exercent une autre activité lucrative à l'étranger?

Oui Non

Si vous occupez du personnel, les informations suivantes sont requises. Sont entre autres considérés également comme employés les commissionnaires, apprenti(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.

Etes-vous déjà affilié auprès d'une caisse d'allocations familiales (CAF)?

Oui Non

Si oui, nom de la CAF:

Allocations familiales

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

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

Nombre d'enfants avec allocations familiales

Prévoyance professionnelle

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

Les personnes que vous employées sont-elles inscrites auprès d'une institution de prévoyance (IP) ?

Oui Non Les personnes que vous employées sont-elles inscrites auprès d'une institution de prévoyance (IP) ?

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 22'050.00/an soit CHF 1'837.50/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)

Assurance-accidents obligatoire

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

Les personnes employées sont-elles inscrites auprès de l'assurance-accidents obligatoire?

Oui Non

Nom et adresse de la société d'assurance (p.ex. SUVA):

Numéro de police (joindre une copie du contrat / de la police)

Motif de libération de l'obligation d'affiliation:

- les membres de conseils d'administration qui ne sont pas occupés dans l'entreprise
- revenu annuel jusqu'à 2'300 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)

connect - plateforme électronique pour la collaboration

Pour activer la collaboration électronique en grande partie sans papier pour la réception de documents en ligne (pas de surveillance nécessaire, des e-mails de notification sont envoyés), nous avons besoin :

- du nom, de l'adresse e-mail et du numéro de téléphone portable (login à 3 niveaux) d'un administrateur. Cet administrateur enregistre en interne les nouveaux utilisateurs et bloque les accès des utilisateurs qui ont quitté l'entreprise. L'administrateur peut transférer les droits d'administrateur à d'autres personnes.

Dès que la collaboration électronique est activée, il est possible, entre autres, de :

- la déclaration de salaire peut être envoyée par voie électronique
- transmettre la demande d'allocations en ligne
- la délégation de la demande d'allocations est mise en route
- de consulter les mouvements de compte et d'établir des extraits de compte

Prénom/Nom (tiers extérieur à l'entreprise uniquement avec procuration)	Adresse e-mail	Numéro de tél. portable	Thème (Sélection obligatoire)
			<input type="radio"/> Administrateur <input type="radio"/> Perte de gain <input type="radio"/> Annonce salaire <input type="radio"/> Comptabilité <input type="radio"/> Collaborateurs <input type="radio"/> Indemnités parentales <input type="radio"/> Allocations fam.

Annexes requises

Nous vous prions de joindre les annexes suivantes à votre demande d'affiliation:

- Copie attestation d'affiliation ou demande d'affiliation à l'une de nos associations
- Si vous avez des succursales, le formulaire "feuille supplément succursale" de notre site
- Dans le cas d'un changement de caisse de compensation, nous avons également besoin du formulaire "Déclaration d'adhésion"
- Si l'adresse d'envoi de la correspondance commerciale est différente, par ex. pour une fiduciaire, nous avons besoin d'une procuration.
- Si un tiers extérieur à l'entreprise (p. ex. fiduciaire) doit être saisie pour connect, nous avons besoin d'une procuration.

Confirmation

Je certifie par la présente que les données sont correctes

Remarques	
Lieu et date	Timbre et signature (s'il n'y a pas de timbre, veuillez écrire le nom et le prénom en lettres d'imprimerie)

Le page suivant peut être utiliser comme Adresse de fin de retour

**Caisse de compensation
patrons bernois | transport | cliniques privées
Murtenstrasse 137a
3008 Bern**

**Caisse de compensation
patrons bernois | transport | cliniques privées
Murtenstrasse 137a
3008 Bern**