



AHV Ausgleichskasse
Schweizerischer Elektrizitätswerke
AVS Caisse de compensation
des Centrales Suisses d'Electricité

Ausgleichskasse
Schweizerischer Elektrizitätswerke
Bergstrasse 21, 8044 Zürich
Telefon: 044 265 53 32, E-Mail: akew@akew.ch
Internet: www.akew.ch

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 (CC)?

Si oui, CC: _____ 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 <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Séparé juridiquement <input type="radio"/> Divorcé <input type="radio"/> Veuf/veuve	Langue pour correspondance
dès	

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 d'acheminement postal (si elle diffère de l'adresse commercial

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

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

Numéro IBAN (21 positions)

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

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

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

Informations concernant l'activité lucrative du demandeur

Date de l'arrêt de l'activité	Dernier employeur
Personne de condition indépendante <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	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)	
Exercez-vous actuellement une activité en tant que personne de condition indépendante (p.ex. dans le cadre d'une activité accessoire)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui, veuillez indiquer la caisse de compensation compétente
Exercez-vous en ce moment encore une activité lucrative en tant qu'employé(e) (p.ex. dans le cadre d'une activité accessoire)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui, veuillez indiquer l'employeur concerné
Taux d'occupation de l'activité exercée? <input type="radio"/> complet <input type="radio"/> partiel, en pourcent ____%	Estimation du revenu annuel présumé (CHF)
Recevez-vous des indemnités de chômage? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Caisse de chômage compétente
Si oui, période (du – au)	Hauteur de l'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	

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 d'acheminement postal (si elle diffère de l'adresse commercial)

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

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

Numéro IBAN (21 positions)

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

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

Paiement de notre part sur le compte <input type="radio"/> Banque <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> Oui, depuis le _____ <input type="radio"/> Non, _____	Si oui, veuillez indiquer l'employeur concerné
Taux d'occupation de l'activité exercée? <input type="radio"/> complet <input type="radio"/> partiel, en pourcent ____%	
Exercez-vous une activité en tant que personne de condition indépendante? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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)	
Recevez-vous des indemnités de chômage? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Caisse de chômage compétente
Si oui, période (du – au)	Hauteur de l'indemnité AC par année (joindre le certificat de prestations)?

Situation financière

Bénéficiez-vous de prestations? <input type="radio"/> Prestations d'assistance <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si oui, de combien + ou -
Des terrains constructibles et/ou immeubles d'habitation sont-ils compris dans la fortune? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> 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 déclarée:

	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)			

Revenus déterminants acquis sous forme de rente

Veillez déclarer les revenus (**pour les deux conjoints, resp. les deux partenaires**) pour la période à dater du 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.

Ne font pas partie du revenu déterminant acquis sous forme de rente:

- 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 de l'AI
- les contributions d'entretien et d'aliment découlant du droit de la famille qui ne sont pas consécutif à un divorce

	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)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Recevez-vous une pension ou une rente d'une caisse de pension, fondation de prévoyance, d'une assurance de groupe ou individuelle? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Recevez-vous une rente transitoire jusqu'à la rente AVS ou AI? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Recevez-vous une rente de l'assurance accident? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Recevez-vous une rente étrangère (indiquez la monnaie du pays)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Recevez-vous des indemnités journalières d'une caisse maladie et/ou d'une autre assurance? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Recevez-vous une pension alimentaire (sans l'entretien des enfants)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Recevez-vous une rente de l'assurance militaire? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Recevez-vous des prestations provenant d'une rente viagère ou d'un contrat d'entretien viager ou autre arrangement du même ordre? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
Valeur locative du logement gratuitement mis à disposition (sans la valeur locative du propre logement)?			
Recevez-vous d'autres prestations périodiques? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			

Justificatifs requis

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 documents de salaires
- Copie de la décision de cotisation
- Copie de l'attestation d'étude
- Copie de la décision de la caisse de pension

Confirmation

Le présent questionnaire a dûment été rempli et est conforme à la réalité.

Remarques	
Lieu et date	Signature du demandeur / de la demandeuse
Lieu et date	Signature du conjoint / de la conjointe