



Vérification de l'obligation de cotiser

Si vous êtes déjà affilié auprès d'une caisse de compensation en tant que personne sans activité lucrative, vous ne devez pas remplir ce formulaire. Dans ce cas, il suffit de nous envoyer une copie de la **confirmation d'affiliation de la caisse de compensation compétente**. Veuillez utiliser la feuille de réponse en annexe (si disponible) pour l'envoi.

Raison de la vérification de l'obligation de cotiser :

retraite anticipée
pas d'activité lucrative ou inférieur à 50%
accident, maladie, invalidité

divorce, dissolution d'un partenariat

autre motif : _____

arrivée depuis l'étranger

Joindre l'attestation de domicile de la commune avec la date d'arrivée

Partie A – requérant(e)

Données personnelles

Nom(s) de famille	Mariage	Partenariat
Prénom(s)	marié(e)	enregistré
Date de naissance	divorcé(e)	dissous
Numéro d'assuré (AVS)	séparé(e) volontairement	séparé volontairement
756.	séparé(e) judiciairement	séparé judiciairement
Langue de correspondance	veuf/veuve	décès du/de la partenaire
allemand français italien	depuis (date)	depuis (date)
	<input type="checkbox"/> célibataire	

Domicile

Rue	Case postale
Code postal	Localité
Téléphone	Adresse e-mail

Adresse de correspondance (si différente du domicile)

Destinataire (si tierce personne joindre procuration)	
Rue	Case postale
Code postal	Localité
Téléphone	Adresse e-mail

Coordonnées bancaires (pour d'éventuels remboursements)

IBAN	Titulaire du compte
------	---------------------

Activité lucrative

Date de cessation de l'activité lucrative	Je perçois des prestations de l'assurance-chômage Non Oui (joindre le dernier décompte de la caisse de chômage)
Dernier employeur	Salaire soumis à l'AVS durant l'année de cessation de l'activité (CHF)
J'étais jusqu'à présent indépendant Non Oui (joindre la dernière décision de cotisations)	Joindre tous les décomptes de salaire ou certificat de salaire de l'année de cessation de l'activité
Je continue d'exercer une activité en tant qu'employé(e) Non Oui	Probablement jusqu'au (date)
Je continue d'exercer une activité en tant qu'indépendant(e) Non Oui	Probablement jusqu'au (date)
Quel est votre taux d'occupation? Plein-temps Temps partiel _____ %	Salaire annuel probable soumis à l'AVS (CHF)

Partie B – Partenaire

Données personnelles

Nom(s) de famille	Numéro d'assuré (AVS) 756.
Prénom(s)	Date de naissance
Langue de correspondance allemand français italien	

Domicile

Rue	Case postale
Code postal	Localité
Téléphone	Adresse e-mail

Adresse de correspondance (si différente du domicile)

Destinataire (si tierce personne joindre procuration)	
Rue	Case postale
Code postal	Localité
Téléphone	Adresse e-mail

Coordonnées bancaires (pour d'éventuels remboursements)

IBAN	Titulaire du compte
------	---------------------

Activité lucrative

Date de cessation de l'activité lucrative	Je perçois des prestations de l'assurance-chômage Non Oui (joindre le dernier décompte de la caisse de chômage)
Dernier employeur	Salaire soumis à l'AVS durant l'année de cessation de l'activité (CHF)
J'étais jusqu'à présent indépendant Non Oui (joindre la dernière décision de cotisations)	Joindre tous les décomptes de salaire ou certificat de salaire de l'année de cessation de l'activité
Je continue d'exercer une activité en tant qu'employé(e) Non Oui	Probablement jusqu'au (date)
Je continue d'exercer une activité en tant qu'indépendant(e) Non Oui	Probablement jusqu'au (date)
Quel est votre taux d'occupation? Plein-temps Temps partiel _____ %	Salaire annuel probable soumis à l'AVS (CHF)

Partie C – Situation financière

Fortune

Fortune nette (fortune moins les dettes) des deux conjoints selon la dernière déclaration fiscale (y compris les biens fonciers) (CHF)	Votre fortune s'est-elle modifiée depuis la dernière déclaration fiscale? Non Oui (indiquer le montant en CHF et la raison)
--	--

Biens fonciers

Biens fonciers	Canton	Etranger	Valeur fiscale cantonale (CHF)	Usage agricole
Nr. 1				
Nr. 2				
Nr. 3				
Nr. 4				

Revenus acquis sous forme de rente

Genre de revenu	Début du droit dès le (Date)	CHF par mois requérant(e)	CHF par mois partenaire
Rente de l'assurance vieillesse et survivants (AVS, sans AI)			
Rente d'une caisse de pension ou d'une fondation de prévoyance			
Rente transitoire (rente-pont) d'une caisse de pension ou d'une fondation			
Rente de l'assurance-accidents			
Rente de l'assurance-militaire			
Indemnités journalières de l'assurance-maladie ou d'autres assurances			
Pension alimentaire (sans contributions d'entretien pour les enfants)			
Rentes viagères ou contrat d'entretien viager			
Rentes de l'étranger			
Prestations complémentaires (joindre la dernière décision)			
Autres prestations récurrentes			

Partie D – Signature, annexes, remarques

Signature requérant(e)	Signature partenaire
------------------------	----------------------

Annexes (si applicable)

- Joindre l'attestation de domicile de la commune (si arrivée depuis l'étranger)
- Procuration pour tierce personne
- Dernier décompte de l'assurance-chômage
- Tous les justificatifs de revenu (certificat ou décompte de salaire) de l'année de cessation de l'activité
- Dernière décision des cotisations en tant que personne indépendante
- Dernière décision des prestations complémentaires

Remarques

Adresse de renvoi

Caisse fédérale de compensation CFC
Schwarztorstrasse 59
3003 Berne

Ou par e-mail à: beitraege.eak@zas.admin.ch