

## Annonce pour personnes juridiques

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Société anonyme (SA)                    | <input type="checkbox"/> Société coopérative     |
| <input type="checkbox"/> Société à responsabilité limitée (Sàrl) | <input type="checkbox"/> Association / société   |
| <input type="checkbox"/> Fondation                               | <input type="checkbox"/> Administration publique |

### 1 Société

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_  
(selon inscription FOOSC)

Adresse : \_\_\_\_\_ NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Siège de la société : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Inscription au registre du commerce :  oui  non depuis quand : \_\_\_\_\_

Date de l'ouverture de l'exploitation dans le canton de  
Fribourg : \_\_\_\_\_

Branche / But de l'activité \_\_\_\_\_

Avez-vous des succursales ?  oui  non depuis quand : \_\_\_\_\_

Où ? (adresse exacte) \_\_\_\_\_

### 2 Adresse

**Adresse d'expédition** (si différente du siège de la  
société) Nom : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rue / No. : \_\_\_\_\_

NPA / Lieu : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

### Adresse de remboursement

Titulaire du compte : \_\_\_\_\_

IBAN : \_\_\_\_\_

Nom de la banque / Poste : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Société en tant qu'employeur

La société occupe-t-elle du personnel ?  oui  non Nombre: \_\_\_\_\_

La société verse-t-elle des honoraires à ses administrateurs ?  oui  non

A combien estimez-vous le montant annuel  
des salaires / honoraires des administrateurs versés ? CHF \_\_\_\_\_

### 3 Institution de prévoyance LPP (2<sup>ème</sup> pilier)

Êtes-vous affilié auprès d'une institution  
de prévoyance reconnue LPP ?

oui

non

Si oui, auprès de quelle institution de prévoyance ? Veuillez joindre la copie du contrat LPP

Nom de l'institution de prévoyance : \_\_\_\_\_

Adresse, NPA et lieu : \_\_\_\_\_

### 4 Assurance accident (LAA)

Avez-vous assuré vos employés auprès d'une  
société d'assurance contre les accidents ?

oui

non

Si oui – auprès de quelle société d'assurance ?

Nom de la société d'assurance : \_\_\_\_\_

Adresse, NPA et lieu : \_\_\_\_\_

### 5 Appartenance à une caisse

La société est-elle nouvellement fondée ou vient-elle d'un autre canton ?

Adresse, NPA et lieu : \_\_\_\_\_

Si la société vient d'un autre canton, auprès de quelle caisse de compensation était-elle affiliée ?

\_\_\_\_\_

**Si vous êtes déjà affilié auprès d'une caisse de compensation, veuillez nous remettre une attestation de votre caisse.**

Lieu / Date :

Signature :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_