

## QUESTIONNAIRE D'AFFILIATION POUR LES INDEPENDANTS

---

- Vous pouvez compléter ce formulaire directement à l'écran et enregistrer les données saisies.
- Veuillez svp compléter uniquement les champs qui vous concernent.
- Les champs avec un \* doivent obligatoirement être complétés.

### SITUATION PERSONNELLE

Nom \_\_\_\_\_\* Prénom \_\_\_\_\_\*

Rue et n° \_\_\_\_\_ Case postale \_\_\_\_\_

NPA et lieu \_\_\_\_\_\* Téléphone \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_\* Etat civil \_\_\_\_\_\*

Nom et prénom du conjoint \_\_\_\_\_

Date de naissance du conjoint \_\_\_\_\_

### SITUATION PROFESSIONNELLE

Forme juridique \_\_\_\_\_\* Raison sociale \_\_\_\_\_\*

Si société en nom collectif, nom de l'associé \_\_\_\_\_

Genre d'activité \_\_\_\_\_\* Rue et n° \_\_\_\_\_

Case postale \_\_\_\_\_ NPA et lieu \_\_\_\_\_\*

Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Date du début de l'activité \_\_\_\_\_\*

Activité principale ou accessoire ? \_\_\_\_\_\*

N° IDE (numéro d'identification des entreprises) \_\_\_\_\_

### EN CAS DE REMBOURSEMENT DE NOTRE PART

Bénéficiaire \_\_\_\_\_\* N° IBAN ou CCP \_\_\_\_\_\*

Institut financier \_\_\_\_\_\* NPA et lieu \_\_\_\_\_\*

### REPRISE DE COMMERCE

Nom, prénom et adresse de l'ancien exploitant \_\_\_\_\_

---

### REGISTRE DU COMMERCE

Êtes-vous inscrit au registre du commerce ? Oui  Non



## PERSONNEL

Nbre employé(s) \_\_\_\_\_ Depuis le \_\_\_\_\_

Numéro AVS, nom, prénom, date de naissance et date d'engagement de votre(vos) employé(s)

---

---

---

Masse salariale mensuelle (y compris le 13<sup>ème</sup> salaire) en CHF \_\_\_\_\_

Droit mensuel aux allocations familiales pour enfants en CHF \_\_\_\_\_

Assurance LAA \_\_\_\_\_

Assurance LPP \_\_\_\_\_

(Veuillez svp joindre une copie des polices d'assurance LAA et LPP, si déjà disponibles)

## ESTIMATION DU REVENU

A combien estimez-vous votre revenu annuel net en CHF \_\_\_\_\_ \*

Quel est le montant du capital investi dans l'entreprise ? \_\_\_\_\_

**Si votre première année d'exploitation est déjà terminée, veuillez nous remettre vos comptes de fin d'année (bilan, etc.).** Cette estimation peut être modifiée en tout temps sur simple demande écrite de votre part. La taxation définitive sera établie lorsque nous serons en possession de la taxation de l'impôt fédéral direct (IFD). Les éventuelles différences au moment de la taxation définitive vous seront remboursées ou réclamées.

## SUCCESSALES, AGENCES

Depuis quand \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

## ASSOCIATION PROFESSIONNELLE

Depuis quand \_\_\_\_\_ Nom et adresse \_\_\_\_\_

## REMARQUE(S)

---

---

---

## SIGNATURE

**Cette dernière partie doit être remplie à la main et le questionnaire doit nous parvenir par courrier postal.**

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

Lieu et date : \_\_\_\_\_ \*

Timbre et signature : \_\_\_\_\_ \*