

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

Masse salariale mensuelle (y compris le 13^{ème} 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 : _____ *