

QUESTIONNAIRE D'AFFILIATION POUR LES PERSONNES DONT L'EMPLOYEUR N'EST PAS SOUMIS À COTISATIONS

- 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.

DONNEES PERSONNELLES

Nom _____* Prénom _____*

Téléphone _____ Permis de séjour _____

Date de naissance _____* Etat civil _____*

Nom et prénom du conjoint _____

Date de naissance du conjoint _____

Votre conjoint exerce-t-il une activité lucrative ? Oui Non

GENRE D'ACTIVITE

Quelle activité exercez-vous ? _____*

ADRESSE PROFESSIONNELLE

Rue et n° _____ Case postale _____

NPA et lieu _____

ADRESSE DE DOMICILE

(si différente de l'adresse professionnelle)

Rue et n° _____ Case postale _____

NPA et lieu _____

ADRESSE D'UN TIERS (FIDUCIAIRE, TUTEUR, CURATEUR, MANDATAIRE, ETC.)

Nom _____ Rue et n° _____

Case postale _____ NPA et lieu _____

ADRESSE POUR L'ENVOI DES DOCUMENTS

- Adresse professionnelle
- Adresse de domicile
- Adresse d'un tiers



EN CAS DE REMBOURSEMENT DE NOTRE PART

Bénéficiaire _____ * N° IBAN ou CCP _____ *
Institut financier _____ * NPA et lieu _____ *

ENTREPRISE ETRANGERE

Depuis quand travaillez-vous pour une entreprise étrangère (**joindre le contrat de travail**) ? _____ *
Entreprise _____ * Rue et n° _____ *
Case postale _____ NPA et lieu _____ *
Pays _____ * Téléphone _____ *

ESTIMATION DU SALAIRE

A combien estimez-vous votre salaire annuel en CHF ? _____ *

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.

PERSONNEL

Occupez-vous du personnel de maison ? Oui Non

ACTIVITES LUCRATIVES PRECEDENTES

Sous quelle forme avez-vous précédemment payé des cotisations AVS ?

- Comme salarié(e) Comme chômeur(se)
 Comme indépendant(e) Comme personne sans activité lucrative

Quel était votre dernier employeur et auprès de quelle caisse de compensation était-il affilié ?

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 : _____ *