

## QUESTIONNAIRE

- Déclaration d'affiliation en vue du paiement des cotisations**  
 **Avis de modification**  
 **Avis de radiation**

No d'affilié:  
(à remplir par la Caisse)

Pour tous renseignements complémentaires, prière d'indiquer:

Tél. Privé : \_\_\_\_\_ Tél. Prof. : \_\_\_\_\_  
 CCP/Banque no : \_\_\_\_\_  
 Banque/Adresse : \_\_\_\_\_

### I FORME JURIDIQUE (marquer ce qui convient)

**LAISSER LIBRE**

- |   |  |                                     |  |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Raison individuelle      | <input type="checkbox"/> Société simple  | <input type="checkbox"/> Consortium | <input type="checkbox"/> Hoirie              |
| <input type="checkbox"/> Société en nom collectif | <input type="checkbox"/> Société anonyme | <input type="checkbox"/> Sàrl       | <input type="checkbox"/> Société coopérative |
| <input type="checkbox"/> Société en commandite    | <input type="checkbox"/> Association     | <input type="checkbox"/> Fondation  | <input type="checkbox"/> _____               |

### II PERSONNES PHYSIQUES (données personnelles)

1. Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 2. Prénom : \_\_\_\_\_  
 3. Filiation : \_\_\_\_\_  
 4. Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 5. No d'assuré AVS : \_\_\_\_\_  
 6. Pays d'origine : \_\_\_\_\_  
 7. Etat civil : \_\_\_\_\_ depuis quand : \_\_\_\_\_  
 8. Commune de domicile : \_\_\_\_\_ (*dépôt des papiers*) depuis quand: \_\_\_\_\_  
 9. Prénom du conjoint : \_\_\_\_\_  
 10. Date de naissance du conjoint : \_\_\_\_\_  
 11. Activité du conjoint : \_\_\_\_\_  
 12. Nom de jeune fille de l'épouse : \_\_\_\_\_

### III SOCIETE DE PERSONNES OU DE CAPITAUX

13. Raison sociale de la société : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
14. Forme juridique : \_\_\_\_\_
15. Domicile ou siège social : \_\_\_\_\_
- | 16. Nom, prénom et domicile des associés : | Part au revenu |
|--|----------------|
| _____                                      | _____          |
| _____                                      | _____          |
| _____                                      | _____          |
| _____                                      | _____          |
17. Date de l'inscription au Registre du commerce : \_\_\_\_\_

(si la correspondance doit être adressée à un tiers, il est indispensable de joindre la procuration adéquate)

**IV PERSONNES PHYSIQUES ET SOCIETES**

18. Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
19. Adresse précédente : \_\_\_\_\_  
20. Nom et adresse du représentant légal : \_\_\_\_\_  
21. Nom et lieu de l'exploitation : \_\_\_\_\_  
22. Nom de l'association professionnelle : \_\_\_\_\_

**V ACTIVITE INDEPENDANTE** (voir également page 3)

23. genre 1) : \_\_\_\_\_  
genre 2) : \_\_\_\_\_  
24. depuis quand : \_\_\_\_\_ jusqu'à quand : \_\_\_\_\_  
25. Revenu effectif présumé 1) : Fr. \_\_\_\_\_ (revenu de la première année civile;  
Revenu effectif présumé 2) : Fr. \_\_\_\_\_ ne pas ramener à l'année)  
26. Capital net investi : Fr. \_\_\_\_\_ (actif moins passif)  
27. Surface vignes : \_\_\_\_\_ m2 Bétail/genre (nombre) : \_\_\_\_\_  
28. Autres cultures/nature : \_\_\_\_\_ surface : \_\_\_\_\_ m2  
(lorsque les biens-fonds agricoles sont loués d'un tiers, prière de joindre une copie du contrat de location)

**VI ACTIVITE SALARIEE**

29. Genre : \_\_\_\_\_  
30. Depuis quand : \_\_\_\_\_ jusqu'à quand : \_\_\_\_\_  
31. Salaire annuel : Fr. \_\_\_\_\_  
32. Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VII TEMPS CONSACRE AUX ACTIVITES**

33. Durée d'occupation en mois ou en % : activité indépendante non agricole : \_\_\_\_\_ mois ou \_\_\_\_\_ %  
activité indépendante agricole : \_\_\_\_\_ mois ou \_\_\_\_\_ %  
activité salariée : \_\_\_\_\_ mois ou \_\_\_\_\_ %  
sans activité lucrative : \_\_\_\_\_ mois ou \_\_\_\_\_ %

**VIII MODIFICATIONS INTERVENUES DANS VOTRE SITUATION**

34. Genre et date de la modification : \_\_\_\_\_  
35. Motif et date de la radiation : \_\_\_\_\_  
36. Nom et adresse du prédécesseur : \_\_\_\_\_  
37. Nom et adresse du successeur : \_\_\_\_\_

**IX QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DE TOUTES LES PERSONNES AYANT DECLARE EXERCER UNE ACTIVITE INDEPENDANTE** (voir page 2 - chap. V)

	REPONSE	OUI	NON
38. Possédez-vous vos propres locaux commerciaux ou louez-vous des locaux équipés d'installations en usage dans la branche ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Avez-vous opéré des investissements importants en relation avec votre activité ? Si Oui, indiquer les plus importants : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Encourez-vous les pertes qui pourraient résulter de votre activité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Supportez-vous les risques d'encaissement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Disposez-vous de votre propre organisation d'entreprise ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Recherchez-vous personnellement une clientèle au moyen de publicité, d'offres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Prenez-vous régulièrement en charge des travaux adjugés par des tiers ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Traitez-vous les affaires en votre nom personnel ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Prenez-vous personnellement les décisions touchant la marche de l'entreprise ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Etes-vous inscrit au Registre du commerce ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Disposez-vous de votre propre assurance Responsabilité-Civile (RC) professionnelle ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Supportez-vous l'intégralité des frais liés à votre activité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Vous adjoignez-vous le concours d'auxiliaires ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Travaillez-vous principalement pour le compte d'une Maison déterminée ? Si Oui a) indiquer l'adresse de cette Maison : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) avez-vous conclu un contrat ou une convention ? (si oui, nous le/la transmettre)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) êtes-vous intégré à l'organisation du travail de cette entreprise ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) êtes-vous soumis de façon décisive à ses directives ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) recevez-vous des instructions de votre mandant ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) selon quel mode de rétribution êtes-vous rémunéré ? <input type="checkbox"/> heure <input type="checkbox"/> forfait <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> commission			
g) les travaux sont-ils exécutés dans vos propres locaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**X A REMPLIR PAR LES AGENTS D'ASSURANCE OU VOYAGEURS DE COMMERCE**  
( en sus de ce qui précède )

52. Utilisez-vous vos propres locaux commerciaux ou des locaux que vous louez ? (bureaux, magasins, locaux d'exposition, etc. ; ne sont pas considérés comme des locaux commerciaux les locaux où loge le voyageur et où il gare des automobiles)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Occupez-vous du personnel ? (personnel de bureau, sous-représentants, etc. ; ne comptent pas comme personnel l'épouse et les autres membres de la famille participant aux travaux sans toucher un salaire en espèces, de même que les employés de maison)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Supportez-vous vous-même la majeure partie des frais généraux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. OBSERVATIONS : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**XI SALARIE D'UN EMPLOYEUR NON SOUMIS AU PAIEMENT DES COTISATIONS**  
AVS/AI/APG (à remplir uniquement si l'employeur est à l'étranger)

56. Adresse de votre employeur : \_\_\_\_\_
57. Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ? : \_\_\_\_\_
58. Cette société possède-t-elle un établissement stable en Suisse ?  oui  non  
Si OUI, adresse de cette société : \_\_\_\_\_
59. Quel est votre salaire annuel obtenu dans le cadre de cette activité ? : Fr. \_\_\_\_\_

**XII EMPLOYEURS** (personnes physiques et sociétés)

60. Personnes occupées :

- a) dans l'exploit. agricole
- b) dans l'exploit. non agricole
- c) au ménage
- d) pour un travail occasionnel

employés, ouvriers, apprentis			membres de la famille		
nbre	depuis	jusqu'au	nbre	depuis	jusqu'au

e) Montant annuel total des salaires (estimation) Fr. \_\_\_\_\_

En principe, les cotisations paritaires doivent être payées par acomptes forfaitaires périodiques. A certaines conditions, la caisse peut autoriser à verser le montant exact des cotisations d'une période de paiement. Veuillez donc vous déterminer à ce sujet :

- paiement forfaitaire périodique                       paiement exact pour chaque période de paiement

**XIII SALARIES OCCUPES** (à remplir par les employeurs occupant moins de 4 salariés)

61.	Nom, prénom, degré de parenté	Date naissance	No d'assuré AVS	Depuis	Jusqu'au

**XIV LAA - Loi fédérale sur l'assurance-accidents**

62. Votre personnel est-il assuré selon la LAA ? :     Oui             Non  
 Si Oui, auprès de quelle institution ? : \_\_\_\_\_  
 (CNA, Assurance privée, etc.)

**XV LPP - Loi sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité**

63. Pour votre personnel, êtes-vous affilié à une institution de prévoyance inscrite dans le registre de la prévoyance professionnelle ? (marquer d'une croix ce qui convient)  
 Oui - Nom et adresse de l'institution de prévoyance et **copie de l'attestation d'affiliation**  
 \_\_\_\_\_  
 Non - parce que \_\_\_\_\_

**XVI LAFS - Loi sur les allocations familiales aux salariés**

64. Pour votre personnel, êtes-vous déjà affilié auprès d'une caisse d'allocations familiales reconnue ?  
 Oui - depuis quand : \_\_\_\_\_ Nom de la Caisse : \_\_\_\_\_  
 Non

**ANNEXES** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

VISA de l'agent communal  
 Date : \_\_\_\_\_  
 Sceau et signature :

Je certifie que les indications ci-dessus sont complètes et exactes :  
 Date : \_\_\_\_\_  
 Sceau et signature :