

QUESTIONNAIRE POUR PERSONNES SANS ACTIVITE LUCRATIVE

- Déclaration d'affiliation
 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 : _____

A

LAISSER LIBRE

I 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. Commune de domicile : _____ (*dépôt des papiers*) depuis quand : _____
8. Etat-civil : célibataire
 marié(e) / date : _____ (*prière de remplir les pages 3 et 4 / conjoint*)
 veuf (veuve) / date : _____
 divorcé (e) / date : _____ (*joindre une copie du jugement de divorce*)
9. Situation : Etudiant (e) / Etablissement et lieu d'enseignement : _____
_____ Pré-retraité (e) / date : _____
 _____ : _____

II ADRESSE

10. Adresse actuelle : _____
11. Nom et adresse du représentant légal : _____
(*en cas de tutelle ou de curatelle, prière de joindre une copie de la décision de l'autorité tutélaire*)

III PERSONNE SANS ACTIVITE LUCRATIVE (*situation*)

12. Depuis quand n'exercez-vous plus d'activité lucrative ? : _____ jusqu'à quand : _____
FORTUNE ACTUELLE (*en Suisse et à l'étranger*)
13. a) immeubles (*valeur fiscale*) Fr. _____ b) biens-fonds (*valeur fiscale*) Fr. _____
c) autres éléments de fortune Fr. _____ d) _____ Fr. _____
e) dettes Fr. _____

| REVENU ACQUIS SOUS FORME DE RENTE <i>(y compris les rentes étrangères)</i> | Date | | par mois / Fr. |
|---|------|----|----------------|
| | du | au | |
| 14. Rentes de vieillesse et survivants de l'AVS | | | |
| 15. Rentes <i>(AI exceptées)</i> , pensions ou retraites, assurance militaire versées par _____ | | | |
| 16. Prestations périodiques d'employeurs à d'anciens employés _____ | | | |
| 17. Indemnités journalières : SUVA, Caisse-maladie et accidents _____ | | | |
| 18. Pensions alimentaires <i>(à l'exception de celle des enfants)</i> _____ | | | |
| 19. Bourses et autres prestations analogues _____ | | | |
| 20. Revenus périodiques provenant de : vente de brevets, octroi de licence, droits d'auteurs _____ | | | |
| TOTAL | | | |

(prière de joindre, pour chaque année civile, les attestations relatives à chacune des prestations obtenues)

IV ACTIVITE LUCRATIVE

20. Salaire soumis à l'AVS durant la dernière année civile pendant laquelle une activité a été exercée

(évent. année incomplète) Année : _____ / Fr. _____ *(joindre une attestation de l'employeur)*

Adresse de l'employeur : _____

21. Indemnités perçues de l'assurance-chômage (AC) : depuis quand : _____ jusqu'à quand : _____

Année : _____ / Fr. _____ Année : _____ / Fr. _____ Année : _____ / Fr. _____

(prière de joindre une attestation de la Caisse de chômage mentionnant le montant des indemnités touchées pour chaque année civile séparément)

22. Allocations pour perte de gain en cas de service militaire (APG) - prière de mentionner le montant touché pour chaque année civile séparément

Année : _____ / Fr. _____ Année : _____ / Fr. _____ Année : _____ / Fr. _____

23. Continuez-vous d'exercer une activité lucrative ? OUI NON

Si OUI Activité salariée *(adresse de l'employeur)* : _____

Activité indépendante *(genre d'activité)* : _____

Durée d'occupation en mois ou en % : activité salariée : _____ mois ou _____ %

activité indépendante : _____ mois ou _____ %

V MODIFICATIONS INTERVENUES DANS LA SITUATION

24. genre/motif/date de la modification/radiation : _____

OBSERVATIONS : _____

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 :

B

LAISSER LIBRE

VI CONJOINT

25. Nom de famille : _____
26. Prénom : _____
27. Nom de jeune fille : _____
28. Filiation : _____
29. Date de naissance : _____
30. No d'assuré AVS : _____
31. Pays d'origine : _____
32. Commune de domicile : _____ (*dépôt des papiers*) depuis quand : _____
33. Situation : étudiant (e) / Etablissement et lieu d'enseignement : _____

 Pré-retraité (e) / date : _____
 _____ : _____

VII ADRESSE

34. Adresse actuelle : _____
35. Nom et adresse du représentant légal : _____
(en cas de tutelle ou de curatelle, prière de joindre une copie de la décision de l'autorité tutélaire)

VIII PERSONNE SANS ACTIVITE LUCRATIVE (situation)

36. Depuis quand n'exercez-vous plus d'activité lucrative ? : _____ jusqu'à quand : _____
- FORTUNE ACTUELLE (en Suisse et à l'étranger)**
37. a) immeubles (valeur fiscale) Fr. _____ b) biens-fonds (valeur fiscale) Fr. _____
 c) autres éléments de fortune Fr. _____ d) _____ Fr. _____
 e) dettes Fr. _____

| REVENU ACQUIS SOUS FORME DE RENTE <i>(y compris les rentes étrangères)</i> | Date | | par mois / Fr. |
|---|-------|-------|----------------|
| | du | au | |
| 38. Rentes de vieillesse et survivants de l'AVS | _____ | _____ | _____ |
| 39. Rentes (<i>AI exceptées</i>), pensions ou retraites, assurance militaire versées par _____ | _____ | _____ | _____ |
| 40. Prestations périodiques d'employeurs à d'anciens employés _____ | _____ | _____ | _____ |
| 41. Indemnités journalières : SUVA, Caisse-maladie et accidents _____ | _____ | _____ | _____ |
| 42. Pensions alimentaires (<i>à l'exception de celle des enfants</i>) _____ | _____ | _____ | _____ |
| 43. Bourses et autres prestations analogues _____ | _____ | _____ | _____ |
| 44. Revenus périodiques provenant de : vente de brevets, octroi de licence, droits d'auteurs _____ | _____ | _____ | _____ |
| TOTAL | | | |

(prière de joindre, pour chaque année civile, les attestations relatives à chacune des prestations obtenues)

IX ACTIVITE LUCRATIVE

44. Salaire soumis à l'AVS durant la dernière année civile pendant laquelle une activité a été exercée

(évent. année incomplète) Année : _____ / Fr. _____ (joindre une attestation de l'employeur)

Adresse de l'employeur : _____

45. Indemnités perçues de l'assurance-chômage (AC) :

depuis quand : _____ jusqu'à quand : _____

Année : _____ / Fr. _____ Année : _____ / Fr. _____ Année : _____ / Fr. _____

(prière de joindre une attestation de la Caisse de chômage mentionnant le montant des indemnités touchées pour chaque année civile séparément)

46. Allocations pour perte de gain en cas de service militaire (APG) - prière de mentionner le montant touché pour chaque année civile séparément

Année : _____ / Fr. _____ Année : _____ / Fr. _____ Année : _____ / Fr. _____

47. Continuez-vous d'exercer une activité lucrative ? OUI NON

Si OUI Activité salariée (adresse de l'employeur) : _____

Activité indépendante (genre d'activité) : _____

Durée d'occupation en mois ou en % : activité salariée : _____ mois ou _____ %

activité indépendante : _____ mois ou _____ %

X MODIFICATIONS INTERVENUES DANS LA SITUATION

48. genre/motif/date de la modification/radiation : _____

OBSERVATIONS : _____

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 :