

Obligation de cotiser AVS

Questionnaire d'inscription pour personne indépendant

Données personnelles de la personne qui détient l'exploitation

Nom(s) de famille	Numéro d'assuré (veuillez joindre le certificat d'assurance)
Prénom(s)	Date de naissance
Titre	Sexe
Etat civil actuel <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Séparé <input type="radio"/> Divorcé <input checked="" type="radio"/> Veuf/veuve	Langue pour correspondance <input type="radio"/> Allemand <input checked="" type="radio"/> Français <input type="radio"/> Italien
dès	Nationalité
	Numéro de registre fiscal

Données personnelles du conjoint

Nom(s) de famille	Numéro d'assuré (veuillez joindre le certificat d'assurance)
Prénom(s)	Date de naissance
Titre	Sexe
Travaille également dans l'exploitation du conjoint? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Nationalité

Adresse de domicile (domicile fiscal)

identique à l'adresse professionnelle <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Complément (p. ex. 'à l'att. de ...')	Téléphone
Rue	Fax
Boîte postale	E-Mail
Numéro postal	Localité

Adresse alternative pour la correspondance commerciale

Destinataire	
Complément (p. ex. 'à l'att. de ...')	Téléphone
Adresse	Fax
Boîte postale	
Numéro postal	Localité

Adresse de paiement

Numéro IBAN (21 positions)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Veuillez indiquer les informations suivantes si vous ne connaissez pas le numéro IBAN:

Paiement de notre part sur le compte <input type="radio"/> Banque <input type="radio"/> CCP	Compte postal
No-Clearing / Banque	
Compte bancaire	

Informations concernant l'activité indépendante

Indépendant depuis le	Il s'agit d'une activité indépendante <input type="radio"/> plein emploi <input type="radio"/> revenu accessoire
En cas d'activité accessoire, exercez-vous votre act. princ. en tant que: <input type="radio"/> Employé(e) <input type="radio"/> Indépendant	Si vous êtes employé(e), veuillez indiquer le nom de votre employeur:

La caisse de compensation compétente, ou la SUVA, déterminent dans chaque cas, si une **personne assurée peut être considérée, au sens de l'AVS, comme une personne de condition** indépendante.

Revenu provenant de l'activité indépendante et capital propre

À combien estimez-vous le revenu provenant de votre activité indépendante (après déduction des frais généraux)?

Revenu présumé pour l'année en cours	Période (du – au)
Revenu de l'année précédente	Période (du – au)

Veuillez joindre la déclaration de revenu correspondante s'il s'agit d'années écoulées. D'éventuels documents relatifs à la clôture des comptes doivent également être joints.

Capital investi dans l'exploitation

Allocations familiales

Si vous avez droit aux allocations familiales, nous avons besoin des informations suivantes:

Nombre d'enfants ou jeunes en formation

Confirmation

Remarques

Lieu et date

Timbre et signature

Projet