

## Questionnaire d'affiliation pour indépendant - raison individuelle

### 1) Données personnelles

#### Requérant(e)

Monsieur  Madame

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date naissance: \_\_\_\_\_

No d'assuré: \_\_\_\_\_

Etat civil: \_\_\_\_\_

#### Conjoint(e) (marié ou séparé)

Monsieur  Madame

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date naissance: \_\_\_\_\_

No d'assuré: \_\_\_\_\_

depuis: \_\_\_\_\_

Pour les étrangers: type d'autorisation de séjour (joindre copie du permis de séjour): \_\_\_\_\_

#### Données de l'entreprise

Branche / Activité (par ex.: sanitaire, architecte): \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise: \_\_\_\_\_

#### Adresse

##### Adresse de l'entreprise

Rue / No.: \_\_\_\_\_

NPA / Lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

##### Adresse privée

(si différente de l'adresse de l'entreprise)

Rue / No.: \_\_\_\_\_

NPA / Lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

##### Adresse de remboursement

CCP: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Banque: \_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

##### Adresse tierce (Fiduciaire, etc.)

Nom: \_\_\_\_\_

Rue / No.: \_\_\_\_\_

NPA / Lieu: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

##### Adresse d'expédition (Factures et correspondance)

Adresse de l'entreprise

Adresse privée

Adresse tierce

## 2) Données pour l'indépendance

1)	Date de l'ouverture / reprise de l'exploitation ou début de l'activité indépendante dans le canton de Fribourg	_____
2)	Nom de l'éventuel prédécesseur:	_____
3)	Votre activité lucrative précédente (copie de la lettre de démission à votre employeur précédent ou attestation de la caisse de chômage mentionnant depuis quand vous n'avez plus droit aux indemnités journalières):	_____ _____
4)	Votre formation professionnelle de base et /ou votre formation concernant votre activité indépendante (veuillez joindre les certificats):	_____
5)	Exercez-vous cette activité à titre accessoire ?: Si oui, quelle est votre activité principale: Nom et adresse de votre employeur:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____
6)	Disposez-vous de locaux d'entreprise pour la pratique de votre activité indépendante?: Si oui – desquelles? (atelier, bureau, cabinet, etc)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
7)	Est-ce qu'une partie de ces locaux se trouve dans votre garage ou votre logement? Si oui – laquelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
8)	Êtes-vous affilié auprès de la SUVA?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9)	Avez-vous établi un business plan? Si oui, veuillez nous transmettre une copie (fortement recommandé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10)	Revenu annuel estimé de votre activité indépendante :	CHF _____
11)	Occupez-vous du personnel ? Si oui - Nombre:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    Nombre _____
12)	Somme de salaire annuelle estimée pour votre personnel:	CHF _____
13)	Avez-vous des filiales ou succursales? Si oui, depuis quand? Adresse exacte (lieu et canton):	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ _____
14)	Est-ce que votre situation envers l'AVS (indépendant ou salarié) a déjà été clarifiée? Si oui, par quelle caisse de compensation (joindre copie):	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____
15)	Allez-vous retirer votre caisse de pension? Si oui - Montant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non CHF _____

### 3) Données générales

#### Institution de prévoyance LPP (2ème pilier)

Avez-vous affilié votre personnel auprès d'une institution de prévoyance reconnue LPP?

Oui  Non

Si oui – auprès de quelle institution de prévoyance? Veuillez joindre la copie du contrat LPP

Nom de l'institution de prévoyance: \_\_\_\_\_

Adresse, NPA et lieu: \_\_\_\_\_

#### Assurance accident (LAA)

Avez-vous assuré votre personnel auprès d'une société d'assurance contre les accidents?

Oui  Non

Si oui – auprès de quelle société d'assurance?

Nom de la société d'assurance: \_\_\_\_\_

Adresse, NPA et lieu: \_\_\_\_\_

#### Appartenance à une caisse

L'entreprise est-elle nouvellement fondée ou vient-elle d'un autre canton?

\_\_\_\_\_

Si l'entreprise vient d'un autre canton, auprès de quelle caisse de compensation était-elle affilié?

\_\_\_\_\_

**Si vous êtes déjà affilié en tant qu'indépendant auprès d'une caisse de compensation, veuillez nous remettre une attestation de votre caisse.**

Lieu / Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_