



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.

Activité lucrative à l'étranger

Exercez-vous, en plus de l'activité faisant l'objet de ce questionnaire, aussi une activité lucrative à l'étranger ?

Oui Non

Lieu / Date: _____

Signature: _____