

Questionnaire relatif à votre demande d'affiliation en qualité de personne de condition indépendante



FER CIFA 106.2

I. DONNÉES DU DEMANDEUR		
N° AVS: 756.		
Nom:	Prénom:	
Adresse (rue/n°):		
NPA:	Lieu:	Téléphone:
Email:		
Profession:	Branche d'activité:	
Siège social de l'entreprise:		
II. QUESTIONNAIRE		
1. Quelle est la forme juridique de votre entreprise: <input type="checkbox"/> raison individuelle <input type="checkbox"/> société simple <input type="checkbox"/> société en nom collectif <input type="checkbox"/> société en commandite <input type="checkbox"/> communauté héréditaire		
2. Êtes-vous inscrit au Registre du Commerce? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
3. Êtes-vous membre d'une association professionnelle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
4. Tenez-vous une comptabilité générale avec compte d'exploitation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
5. Disposez-vous: • d'une structure d'entreprise avec bureau, secrétariat? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non • de papier à lettres avec en-tête de l'entreprise? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, veuillez en joindre un exemplaire		
6. Utilisez-vous vos propres locaux commerciaux (à l'exclusion d'une pièce à votre domicile)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
7. Occupez-vous du personnel? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
8. Supportez-vous l'entier des frais généraux et des charges d'exploitation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Le matériel servant à l'exécution du travail est-il à votre charge? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
9. Recherchez-vous vous-même votre clientèle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, de quelle manière?		
10. Comment êtes-vous rétribué?		
11. Établissez-vous vous-même des offres? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, joindre des copies		
12. Concluez-vous à votre propre nom des contrats avec la clientèle? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
13. Établissez-vous la facturation à votre propre nom? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
14. En cas de non-paiement d'un client, en supportez-vous la perte? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, engagez-vous vous-même une procédure de recouvrement par l'intermédiaire de l'Office des poursuites? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
15. Avez-vous le droit de prendre des dispositions touchant à la marche de l'entreprise et avez-vous l'initiative de la marche des affaires? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
16. Décomptez-vous auprès de la TVA? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
17. Avez-vous investi un certain capital dans votre installation? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, combien: CHF et veuillez en préciser la nature?		
18. Avez-vous conclu un contrat d'assurance couvrant la responsabilité de l'entreprise? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, joindre copie de la police		

Questionnaire relatif à votre demande d'affiliation en qualité de personne de condition indépendante



FER CIFA 106.2

19. Quelles maisons ou entreprises vous fournissent du travail?

(Veuillez indiquer les raisons sociales et adresses et joindre les copies des contrats ou accords vous liant avec elles)

- 1) _____ 2) _____
3) _____ 4) _____
5) _____ 6) _____

20. Qui vous donne les instructions ou ordres en relation avec votre activité?

21. Existe-t-il une interdiction de faire concurrence? oui non

22. Description détaillée de votre activité: _____

23. Faites-vous régulièrement de la publicité (par ex. par le biais de prospectus, d'annonces dans les journaux)? oui non Si oui, comment et joindre des copies _____

24. Avez-vous déjà déposé une demande d'affiliation en tant que personne de condition indépendante auprès d'une autre Caisse de compensation? oui non Si oui, auprès de laquelle: _____

25. Exercez-vous encore une autre activité lucrative? oui non
Si oui, adresse de l'employeur: _____

III. QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE SECTEUR VENTE

(Les questions ci-dessous ne s'appliquent qu'aux personnes exerçant leur activité dans la vente)

26. Pouvez-vous fixer vous-même les prix de vente? oui non

27. Pouvez-vous accorder des rabais, escomptes ou facilités de paiement? oui non

28. Établissez-vous vous-même les factures relatives à vos ventes? oui non

29. Êtes-vous responsable des invendus? oui non

30. Constituez-vous un stock de marchandise, de matériel? oui non

31. En cas de défectuosité d'un article, supportez-vous la perte entraînée par son remplacement? oui non Si non, qui la supporte?

32. Êtes-vous responsable du service après-vente? oui non

IV. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Remarques: _____

Le soussigné atteste que les informations ci-dessus sont exactes.

Lieu et date: _____ Timbre et signature: _____

Annexes: copies de contrats, factures, autorisations, etc.