

# 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<br><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:<br>• d'une structure d'entreprise avec bureau, secrétariat? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>• 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<br>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<br>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 .....<br>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.