



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

Caisse de compensation  
Ausgleichskasse

Impasse de la Colline 1, 1762 Givisiez  
T +41 26 305 52 52, F +41 26 305 52 62  
www.caisseavsfr.ch

## 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): | _____<br>_____                                                              |
| 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 ?:<br>Si oui, quelle est votre activité principale:<br>Nom et adresse de votre employeur:                                                                              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>_____<br>_____ |
| 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<br>_____          |
| 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<br>_____          |
| 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?<br>Si oui, depuis quand?<br>Adresse exacte (lieu et canton):                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>_____<br>_____ |
| 14) | Est-ce que votre situation envers l'AVS (indépendant ou salarié) a déjà été clarifiée?<br>Si oui, par quelle caisse de compensation (joindre copie):                                                                  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>_____          |
| 15) | Allez-vous retirer votre caisse de pension? Si oui - Montant                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>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: \_\_\_\_\_