



**QUESTIONNAIRE POUR L'EXAMEN DE LA SITUATION EN MATIERE
DE DROIT DES ASSURANCES SOCIALES DES PERSONNES EXERCANT
UNE ACTIVITE LUCRATIVE INDEPENDANTE
(annexe à la demande d'affiliation)**

Nom, prénom : _____

Raison sociale : _____

Etes-vous déjà affilié à une caisse de compensation AVS en qualité de personne exerçant une activité lucrative indépendante ?

- oui non

- si oui, à quelle caisse de compensation (indiquer le numéro de membre) : _____

Locaux d'entreprise équipés d'installations courantes dans la branche (atelier, bureaux, locaux de vente, entrepôt,...) :

Lesquels ? _____

Adresse ? _____

Valeur ? _____

Loyer annuel ? _____

Emploi de personnel :

Depuis quand ? _____

Nombre : _____

Main-d'œuvre tierce : _____

Membres de la famille travaillant dans l'entreprise : _____

Utilisation de moyens techniques propres ou loués (outils, machines, véhicules utilitaires,...)

Lesquels ? _____

Valeur ? _____

Loyer/leasing annuel ? _____

Comment est libellée l'inscription dans l'annuaire téléphonique et dans celui des adresses ?

Comment est libellée l'enseigne publicitaire ?

Papier à lettre avec en-tête de l'entreprise ? oui non

Commettant

* Durée d'occupation en pour cent de l'activité lucrative globale

Nom et adresse	Nature des travaux	Depuis	% *
a)			
b)			
c)			
d)			
e)			
f)			

Genre de rétribution (salaire horaire, mensuel, forfaitaire, à la pièce, provision, honoraires)

Commettant a) : _____

Commettant b) : _____

Commettant c) : _____

Commettant d) : _____

Commettant e) : _____

Commettant f) : _____

Etes-vous tenu d'observer des instructions en ce qui concerne l'horaire de travail (par ex. présence obligatoire, contrôle du temps de travail), l'organisation et l'exécution du travail ?

- oui non

- si oui, dans quelle mesure ? _____

Le matériel servant à l'exécution du travail est-il à votre charge ?

- oui non

- Quel matériel ? _____

Etes-vous membre d'une organisation ou association professionnelle ?

- oui non

- Nom et adresse de l'association : _____

Etes-vous au bénéfice d'une autorisation d'exercer votre profession ou figurez-vous dans un registre officiel correspondant ?

- oui non

Si oui, joindre une copie de l'autorisation ou un extrait du registre en question

Assurances propres à l'activité lucrative :

Conclusion d'une assurance accidents : oui non

Si oui, quelle compagnie d'assurance : _____

Conclusion d'une assurance perte de gain maladie oui non

Si oui, quelle compagnie d'assurance : _____

Conclusion d'une assurance perte de gain accidents oui non

Si oui, quelle compagnie d'assurance : _____

Conclusion d'une assurance responsabilité civile oui non

Si oui, quelle compagnie d'assurance : _____

Bénéficiaire (cocher ce qui convient)

- vous-même
- vos employés

Exercez-vous encore une autre activité lucrative ?

- oui non

Si oui, où ? Adresse de l'employeur : _____

Etes-vous inscrit au Registre de la TVA ?

- oui non

Si oui, quel est votre numéro de TVA _____

Votre situation au regard du droit des assurances sociales a-t-elle déjà été examinée ?

- oui non

Si oui, par qui (veuillez joindre la décision) _____

Remarques : _____

Le/la soussigné(e) atteste que les informations ci-dessus sont exactes.

Date : _____

Signature : _____