

Questionnaire pour les personnes sans activité lucrative



Caisse interprofessionnelle AVS de la
Fédération des Entreprises Romandes
FER CIAB 106.5

Important : la demande doit être dûment remplie, signée et retournée avec les justificatifs indiqués faute de quoi elle ne pourra être traitée par nos services.

I. Données personnelles

Numéro d'assuré : 756. _____
Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Sexe : F M Nationalité _____
Etat civil : célibataire marié, séparé, divorcé, lié en partenariat enregistré veuf depuis _____
Adresse (rue/n°) _____
NPA : _____ Lieu : _____ Tél. : _____
Email _____
Banque _____
IBAN n° CH _____

II. Situation économique

Sans activité lucrative depuis le : _____ **Motif** : _____

Dernière activité exercée :

- Salariée Nom et adresse du dernier employeur _____
Montant du dernier salaire mensuel brut : CHF _____
(joindre une copie de vos décomptes de salaires mensuels relatifs à votre dernière activité)
- Indépendante Nom de votre caisse de compensation : _____
(joindre une copie de votre dernière décision de cotisations)
- Partiellement actif(ve) depuis le : _____ Motif : _____

Exercez-vous encore une activité lucrative durant au moins 9 mois par année ou plus de 50% du temps usuel consacré au travail ?

oui non Taux d'activité : _____%

III. Données personnelles du/de la conjoint(e)/partenaire (à remplir uniquement si le(la) requérant(e) vit en couple)

Numéro d'assuré : 756. _____
Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Sexe : F M Nationalité _____
Adresse (rue/n°) _____
NPA : _____ Lieu : _____ Tél. : _____
Email _____

IV. Situation économique du/de la conjoint(e)/partenaire

Exercez-vous une activité lucrative ? oui non Si non, depuis quand ? _____

- Si oui : salariée Montant du dernier salaire brut : CHF _____
(joindre une copie de vos décomptes de salaires mensuels relatifs à votre dernière activité)
- indépendante Nom de votre caisse de compensation : _____
(joindre une copie de votre dernière décision de cotisations)

Exercez-vous encore une activité lucrative durant au moins 9 mois par année ou plus de 50% du temps usuel consacré au travail ?

oui non Taux d'activité : _____%

V. Situation financière

Lors de votre affiliation, vos cotisations seront fixées sur les bases indiquées ci-dessous, en attendant la communication fiscale du service cantonal des contributions. Ainsi, veuillez répondre à toutes les questions et, si besoin, joindre les attestations demandées.

Fortune nette selon déclaration d'impôts :

Fortune nette totale au 31 décembre de l'année précédente, y compris celle du conjoint :

CHF _____

Revenus déterminants sous forme de rente		
Etes-vous ou votre conjoint(e) est-il, depuis que vous êtes sans activité lucrative ou partiellement actif, au bénéfice d'une/de :	CHF par année	
	Requérant(e)	Conjoint(e)
1. Indemnités journalières maladie ou accident (caisse maladie, SUVA, etc.)	CHF _____	CHF _____
2. Rentes d'une assurance accident	CHF _____	CHF _____
3. Rentes AVS (rente de vieillesse, incl. rente comp. pour enfant, veuf/ve, sans rente d'orphelin)	CHF _____	CHF _____
4. Prestations de l'assurance militaire	CHF _____	CHF _____
5. Rentes ou prestations d'une caisse d'un employeur (pont AVS)	CHF _____	CHF _____
6. Prestations volontaires d'un employeur	CHF _____	CHF _____
7. Prestations complémentaires	CHF _____	CHF _____
8. Pensions alimentaires	CHF _____	CHF _____
9. Prestations de l'AI	CHF _____	CHF _____
10. Prestations de l'assurance-chômage	CHF _____	CHF _____

VI. Remarques importantes et signature

Si vous ou votre conjoint(e) avez exercé une activité salariée depuis que vous êtes non actif(ve) ou partiellement actif(ve), vous êtes prié(e) de nous remettre une attestation de l'employeur qui vous a occupé(e), avec l'indication du montant des salaires réalisés et le total des déductions opérées au titre de cotisations AVS/AI/APG. En cas d'exercice d'une activité indépendante, il y a lieu de nous faire parvenir la décision de taxation de la caisse compétente. Les cotisations déjà payées seront imputées de celles dues comme non actif(ve).

Lieu et date _____ Signature du/de la requérant(e) :

Lieu et date _____ Signature du/de la conjoint(e) :