

Questionnaire d'affiliation à l'AVS/AI/APG des personnes sans activité lucrative ou exerçant une activité réduite



Caisse interprofessionnelle AVS de la
Fédération des Entreprises Romandes
FER CIAM 106.1

DONNÉES DE L'ASSURÉ

Nom de famille:	_____
Nom de jeune fille:	_____
Prénoms:	_____ Sexe: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance:	_____. _____. _____ Nationalité: _____
Numéro de sécurité sociale - NAVS: 756.	_____. _____. _____ Etat civil: _____
Si partenariat enregistré, date de l'enregistrement:	_____. _____. _____ Si divorcé(e), date du jugement de divorce: _____. _____. _____

Adresse de l'assuré

Adresse:	_____
NPA:	_____ Localité: _____ Pays: _____
Téléphone:	_____ Natel: _____ Fax: _____

Coordonnées bancaire ou postale de l'assuré

Paiement: <input type="checkbox"/> par Banque <input type="checkbox"/> par Poste	
N° de clearing:	_____ N° IBAN: _____
N° de compte:	_____ Code BIC/adresse SWIFT: _____

Informations supplémentaires

Depuis quelle date êtes-vous sans activité lucrative? _____. _____. _____	
Jusqu'à quelle date et à quel titre: <input type="checkbox"/> salarié(e) ou <input type="checkbox"/> indépendant(e) avez-vous payé des cotisations: _____. _____. _____	
Nom et adresse de l'employeur: _____	
NPA: _____ Localité: _____	Pays: _____
Exercez-vous une activité lucrative réduite? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, à quel titre: <input type="checkbox"/> salarié(e) ou <input type="checkbox"/> indépendant(e)	
Nom et adresse de l'employeur: _____	
NPA: _____ Localité: _____	Pays: _____

Questionnaire d'affiliation à l'AVS/AI/APG des personnes sans activité lucrative ou exerçant une activité réduite



Caisse interprofessionnelle AVS de la
Fédération des Entreprises Romandes
FER CIAM 106.1

Informations relatives à l'état civil	
Si vous êtes <input type="checkbox"/> marié(e) ou <input type="checkbox"/> séparé(e), veuillez indiquer le nom et la situation de votre conjoint:	
Nom: _____	Prénom: _____
Date de naissance: _____. _____. _____	Numéro de sécurité sociale - NAVS: 756. _____. _____. _____
<input type="checkbox"/> Mon conjoint exerce une activité lucrative salariée: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Salaire annuel: _____
Si oui, nom et adresse de l'employeur: _____	
NPA: _____ Localité: _____	Pays: _____
<input type="checkbox"/> Mon conjoint exerce une activité lucrative indépendante	
Affilié comme indépendant auprès de la Caisse de compensation: _____ Dès le: _____. _____. _____	
<input type="checkbox"/> Mon conjoint n'exerce plus d'activité depuis le: _____. _____. _____	
<input type="checkbox"/> Mon conjoint est au bénéfice d'une rente de vieillesse depuis le: _____. _____. _____	
<input type="checkbox"/> Si vous êtes veuf(ve)	Date du décès: _____. _____. _____

Veuillez nous indiquer des éventuelles prestations (caisse de pension, assurance maladie ou accident, bourse, pension alimentaire, etc.) touchées par vous ou votre conjoint:

Provenance: _____	Montants: CHF _____
Provenance: _____	Montants: CHF _____
Provenance: _____	Montants: CHF _____
Provenance: _____	Montants: CHF _____

Liste des documents à joindre:

- le double de votre déclaration d'impôt
- les pièces justificatives concernant les éventuelles prestations
- si vous exercez une activité réduite, les attestations de salaire
- pour le conjoint salarié, la dernière attestation de salaire
- pour le conjoint indépendant, la dernière décision de cotisations NAVS

Complément d'information/remarques: _____

Le soussigné certifie que toutes les indications contenues dans ce questionnaire sont exactes et complètes.

Lieu et date: _____ Signature du client: _____