

QUESTIONNAIRE

- Déclaration d'affiliation en vue du paiement des cotisations**
 Avis de modification
 Avis de radiation

No d'affilié:
(à remplir par la Caisse)

Pour tous renseignements complémentaires, prière d'indiquer:

Tél. Privé : _____ Tél. Prof. : _____
 CCP/Banque no : _____ IBAN : _____
 Banque/Adresse : _____

I FORME JURIDIQUE (marquer ce qui convient)

LAISSER LIBRE

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Raison individuelle | <input type="checkbox"/> Société simple | <input type="checkbox"/> Consortium | <input type="checkbox"/> Hoirie |
| <input type="checkbox"/> Société en nom collectif | <input type="checkbox"/> Société anonyme | <input type="checkbox"/> Sarl | <input type="checkbox"/> Société coopérative |
| <input type="checkbox"/> Société en commandite | <input type="checkbox"/> Association | <input type="checkbox"/> Fondation | <input type="checkbox"/> _____ |

II PERSONNES PHYSIQUES (données personnelles)

1. Nom de famille : _____
 2. Prénom : _____
 3. Filiation : _____
 4. Date de naissance : _____
 5. No d'assuré AVS : _____
 6. Pays d'origine : _____
 7. Etat civil : _____ depuis quand : _____
 8. Commune de domicile : _____ (*dépôt des papiers*) depuis quand: _____
 9. Prénom du conjoint : _____
 10. Date de naissance du conjoint : _____
 11. Activité du conjoint : _____
 12. Nom de jeune fille de l'épouse : _____

III SOCIETE DE PERSONNES OU DE CAPITAUX

13. Raison sociale de la société : _____

 14. Forme juridique : _____
 15. Domicile ou siège social : _____
 16. Nom, prénom et domicile des associés : _____ Part au revenu _____

 17. Date de l'inscription au Registre du commerce : _____
(si la correspondance doit être adressée à un tiers, il est indispensable de joindre la procuration adéquate)

IV PERSONNES PHYSIQUES ET SOCIETES

18. Adresse actuelle : _____
19. Adresse précédente : _____
20. Nom et adresse du représentant légal : _____
21. Nom et lieu de l'exploitation : _____
22. Nom de l'association professionnelle : _____

V ACTIVITE INDEPENDANTE (voir également page 3)

23. genre 1) : _____
genre 2) : _____
24. depuis quand : _____ jusqu'à quand : _____
25. Revenu présumé 1) : Fr. _____ (*revenu de la première année civile;*
Revenu présumé 2) : Fr. _____ *ne pas ramener à l'année*)
26. Capital net investi : Fr. _____ (*actif moins passif*)
27. Surface vignes : _____ m2 Bétail/genre (*nombre*) : _____
28. Autres cultures/nature : _____ surface : _____ m2
(*lorsque les biens-fonds agricoles sont loués d'un tiers, prière de joindre une copie du contrat de location*)

VI ACTIVITE SALARIEE

29. Genre : _____
30. Depuis quand : _____ jusqu'à quand : _____
31. Salaire annuel : Fr. _____
32. Adresse de l'employeur : _____

VII TEMPS CONSACRE AUX ACTIVITES

33. Durée d'occupation en mois ou en % : activité indépendante non agricole : _____ mois ou _____ %
activité indépendante agricole : _____ mois ou _____ %
activité salariée : _____ mois ou _____ %
sans activité lucrative : _____ mois ou _____ %

VIII MODIFICATIONS INTERVENUES DANS VOTRE SITUATION

34. Genre et date de la modification : _____
35. Motif et date de la radiation : _____
36. Nom et adresse du prédécesseur : _____
37. Nom et adresse du successeur : _____

IX QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DE TOUTES LES PERSONNES AYANT DECLARE EXERCER UNE ACTIVITE INDEPENDANTE (voir page 2 - chap. V)

	REPONSE	OUI	NON
38. Possédez-vous vos propres locaux commerciaux ou louez-vous des locaux équipés d'installations en usage dans la branche ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Avez-vous opéré des investissements importants en relation avec votre activité ? Si Oui, indiquer les plus importants : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Encourez-vous les pertes qui pourraient résulter de votre activité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Supportez-vous les risques d'encaissement ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Disposez-vous de votre propre organisation d'entreprise ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Recherchez-vous personnellement une clientèle au moyen de publicité, d'offres ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Prenez-vous régulièrement en charge des travaux adjugés par des tiers ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Traitez-vous les affaires en votre nom personnel ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Prenez-vous personnellement les décisions touchant la marche de l'entreprise ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Etes-vous inscrit au Registre du commerce ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Disposez-vous de votre propre assurance Responsabilité-Civile (RC) professionnelle ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Supportez-vous l'intégralité des frais liés à votre activité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Vous adjoignez-vous le concours d'auxiliaires ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Travaillez-vous principalement pour le compte d'une Maison déterminée ? Si Oui a) indiquer l'adresse de cette Maison : _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) avez-vous conclu un contrat ou une convention ? (si oui, nous le/la transmettre)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) êtes-vous intégré à l'organisation du travail de cette entreprise ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) êtes-vous soumis de façon décisive à ses directives ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) recevez-vous des instructions de votre mandant ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) selon quel mode de rétribution êtes-vous rémunéré ? <input type="checkbox"/> heure <input type="checkbox"/> forfait <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> commission		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) les travaux sont-ils exécutés dans vos propres locaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X A REMPLIR PAR LES AGENTS D'ASSURANCE OU VOYAGEURS DE COMMERCE
(en sus de ce qui précède)

52. Utilisez-vous vos propres locaux commerciaux ou des locaux que vous louez ? (bureaux, magasins, locaux d'exposition, etc. ; ne sont pas considérés comme des locaux commerciaux les locaux où loge le voyageur et où il gare des automobiles)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Occupez-vous du personnel ? (personnel de bureau, sous-représentants, etc. ; ne comptent pas comme personnel l'épouse et les autres membres de la famille participant aux travaux sans toucher un salaire en espèces, de même que les employés de maison)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Supportez-vous vous-même la majeure partie des frais généraux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

XI LAFam – LOI FEDERALE SUR LES ALLOCATIONS FAMILIALES (Activité indépendante)

55. En qualité d'indépendant, souhaitez-vous votre adhésion à:
- La caisse cantonale d'allocations familiales CIVAF gérée par la Caisse de compensation du canton du Valais Oui
 - Une autre caisse d'allocations familiales, rattachée à votre secteur d'activité :

nom de la Caisse : _____
(sous réserve d'approbation du Service cantonal des allocations familiales)

56. OBSERVATIONS : _____

XII EMPLOYEURS (personnes physiques et sociétés)

57. Personnes occupées :

- a) dans l'exploit. agricole
- b) dans l'exploit. non agricole
- c) au ménage
- d) pour un travail occasionnel

employés, ouvriers, apprentis			membres de la famille		
nbre	depuis	jusqu'au	nbre	depuis	jusqu'au

e) Montant annuel total des salaires (estimation) Fr. _____

En principe, les cotisations paritaires doivent être payées par acomptes forfaitaires périodiques. A certaines conditions, la caisse peut autoriser à verser le montant exact des cotisations d'une période de paiement. Veuillez donc vous déterminer à ce sujet :

- paiement forfaitaire périodique paiement exact pour chaque période de paiement

XIII SALARIES OCCUPES (à remplir par les employeurs occupant moins de 4 salariés)

58.	Nom, prénom, degré de parenté	Date naissance	No d'assuré AVS	Depuis	Jusqu'au

XIV LAA - LOI FEDERALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS

59. Votre personnel est-il assuré selon la LAA ? : Oui Non

Si Oui, auprès de quelle institution ? : _____
(SUVA, ou autres assureurs)

XV LPP – LOI SUR LA PREVOYANCE PROFESSIONNELLE VIEILLESSE, SURVIVANTS ET INVALIDITE

60. Pour votre personnel, êtes-vous affilié à une institution de prévoyance inscrite dans le registre de la prévoyance professionnelle ? (marquer d'une croix ce qui convient)

- Oui - Nom et adresse de l'institution de prévoyance et **copie de l'attestation d'affiliation**

- Non - parce que _____

XVI LAFam – LOI FEDERALE SUR LES ALLOCATIONS FAMILIALES (Employeur)

61. Pour votre personnel, souhaitez-vous votre adhésion à :

- La caisse cantonale d'allocations familiales CIVAF gérée par la Caisse de compensation du canton du Valais Oui
- Une autre caisse d'allocations familiales, rattachée à votre secteur d'activité :

nom de la Caisse : _____
(sous réserve d'approbation du Service cantonal des allocations familiales)

ANNEXES _____

<p>VISA de l'agent communal</p> <p>Date : _____</p> <p>Sceau et signature :</p>	<p>Je certifie que les indications ci-dessus sont complètes et exactes :</p> <p>Date : _____</p> <p>Sceau et signature :</p>
---	--