

Questionnaire pour personne sans activité lucrative

A. Personne sans activité lucrative

1 Données personnelles

Nom de famille	Numéro d'assuré AVS
Prénom(s)	Date de naissance
Titre <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Titre professionnel
Etat civil actuel <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e depuis quand <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> séparé/e légalement <input type="checkbox"/> divorcé/e	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> italien
	Nationalité

2 Adresse du domicile

Rue	Téléphone
Case postale	Fax
NPA	Lieu
	E-mail

3 Adresse de correspondance (si différente de l'adresse du domicile)

Nom, prénom	Rue
NPA	Lieu
	E-mail

4 Coordonnées de paiement

Nous avons besoin des informations suivantes pour effectuer le remboursement de cotisations éventuellement payées en trop.

Numéro IBAN (21 signes)

<input type="text"/>																				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Veuillez indiquer les informations suivantes si vous ne connaissez pas le numéro IBAN:

Paiement par <input type="checkbox"/> Banque <input type="checkbox"/> Poste	Compte postal
No-Clearing / Banque	Compte bancaire

5 Indications concernant l'activité lucrative

Date de la cessation de l'activité lucrative	Dernier employeur (nom et adresse complète)
Etiez-vous indépendant/e? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, caisse de compensation compétente
Quel revenu avez-vous atteint durant l'année de votre cessation de l'activité lucrative (montant en CHF)?	→ Salarié/e: veuillez joindre une copie du certificat de salaire . → Indépendant/e: veuillez joindre une copie du dernier bilan .
Vente du cabinet au (date)	Bénéfice de liquidation de la vente du cabinet (montant en CHF)
Etes-vous encore actif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Revenu annuel prévisionnel (montant en CHF)
Si oui: quelle forme d'activité exercez-vous? <input type="checkbox"/> Indépendant/e <input type="checkbox"/> Salarié/e	Activité en %

B. Conjoint de la personne sans activité lucrative

6 Données personnelles

Nom de famille	Numéro d'assuré AVS
Prénom(s)	Date de naissance
Titre <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	Titre professionnel
Etat civil actuel <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié/e <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> séparé/e légalement <input type="checkbox"/> divorcé/e	Langue de correspondance <input type="checkbox"/> allemand <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> italien
depuis quand	Nationalité

7 Adresse du domicile (si différente de l'adresse du conjoint)

Rue	Téléphone
Case postale	Fax
NPA	Lieu
	E-mail

8 Adresse de correspondance (si différente de l'adresse du domicile)

Nom, prénom	Rue
NPA	Lieu
	E-mail

9 Coordonnées de paiement (si différentes des coordonnées de paiement du conjoint)

Nous avons besoin des informations suivantes pour effectuer le remboursement de cotisations éventuellement payées en trop.

Numéro IBAN (21 signes)

<input type="text"/>																				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Veuillez indiquer les informations suivantes si vous ne connaissez pas le numéro IBAN:

Paiement par

Banque Poste

Compte postal

No-Clearing / Banque

Compte bancaire

10 Indications concernant l'activité lucrative

Date de la cessation de l'activité lucrative

Dernier employeur (nom et adresse complète)

Etiez-vous indépendant/e?

Oui Non

Si oui, caisse de compensation compétente

Quel revenu avez-vous atteint durant l'année de votre cessation de l'activité lucrative (montant en CHF)?

→ Salarié/e: veuillez joindre une **copie du certificat de salaire**.
→ Indépendant/e: veuillez joindre une **copie du dernier bilan**.

Vente du cabinet au (date)

Bénéfice de liquidation de la vente du cabinet (montant en CHF)

Etes-vous encore actif?

Oui Non

Revenu annuel prévisionnel (montant en CHF)

Si oui: quelle forme d'activité exercez-vous?

Indépendant/e Salarié/e

Activité en %

C. Situation financière

11 Fortune

Il y a lieu d'indiquer la totalité de la fortune nette en Suisse et à l'étranger des deux époux (avant déduction forfaitaire); les immeubles (biens immobiliers et terrains) sont à mentionner à sa valeur de répartition intercantonale. Veuillez envoyer une **copie de la dernière taxation fiscale (inclus détails de la taxation) ou bien de la dernière déclaration d'impôts**.

Fortune nette au

Fortune nette en CHF

12 Prestations complémentaires

Les personnes sans activité lucrative qui perçoivent des prestations complémentaires, selon la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC), doivent payer dans tous les cas la cotisation minimale.

Percevez-vous des prestations complémentaires selon la LPC?

Oui Non

depuis (veuillez joindre une **copie de la décision**)

13 Revenu provenant de rentes

Veuillez indiquer sur la page suivante, dans les champs correspondants, les revenus provenant de rentes en Suisse et à l'étranger, à partir de l'obligation de cotiser en tant que personne sans activité lucrative. Pour les personnes mariées il y a également lieu d'indiquer le revenu sous forme de rente du conjoint. Si des prestations sont perçues pour des périodes de temps différentes, celles-ci sont à mentionner séparément. Les prestations de l'assurance d'invalidité fédérale ne sont pas à indiquer. Veuillez joindre les **copies des décisions et des certificats correspondants**.

Prestations	du mois	au mois	Montant par mois (en CHF)	Remarques
Indemnités journalières accident				
requérant/e	_____	_____	_____	_____
conjoint	_____	_____	_____	
Indemnités journalières maladie				
requérant/e	_____	_____	_____	_____
conjoint	_____	_____	_____	
Rente de vieillesse de l'AVS (également rente anticipée de l'AVS)				
requérant/e	_____	_____	_____	_____
conjoint	_____	_____	_____	
Rente pour enfant de l'AVS (qui est versée avec la rente de vieillesse)				
requérant/e	_____	_____	_____	_____
conjoint	_____	_____	_____	
Rente de veuf/ve de l'AVS (sans rente d'orphelin)				
requérant/e	_____	_____	_____	_____
conjoint	_____	_____	_____	
Rente de la caisse de pension (inclus rente-pont et rente complémentaire)				
requérant/e	_____	_____	_____	_____
conjoint	_____	_____	_____	
Rente d'assurances sociales étrangères				
requérant/e	_____	_____	_____	_____
conjoint	_____	_____	_____	
Autre revenus provenant de rentes				
Genre	_____			_____
requérant/e	_____	_____	_____	
conjoint	_____	_____	_____	
Prestations d'entretien reçues de l'ex-conjoint (excepté pension alimentaire pour les enfants)				
requérant/e	_____	_____	_____	_____
conjoint	_____	_____	_____	
Total			_____	

La base de calcul définitive sera communiquée à la caisse de compensation par l'administration fiscale. Les acomptes de cotisations sont fixés selon vos propres indications. Vous trouvez de plus amples informations concernant l'assujettissement à la cotisation et les cotisations personnelles sous www.medisuisse.ch. Nous nous tenons volontiers à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Le/la soussigné/e certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité:

Le/la requérant/e

Lieu, date

Signature

Le conjoint

Lieu, date

Signature