



# FPE - CIGA

Fédération Patronale  
et Économique



## Bulletin d'adhésion pour indépendant(e)

Le (la) soussigné(e) demande son adhésion  
à la **Fédération Patronale et Economique à Bulle**, comme membre individuel

**Aperçu de quelques services dont vous pouvez bénéficier en tant que membre FPE** (liste complète sur [notre site](#)) :

- Le **service juridique** propose aide et assistance dans le domaine du droit du travail
- Le **service RH** vous soutient lors de recrutements et vous apporte des conseils en gestion de personnel
- Le **service e-salaire** met à disposition un logiciel de traitement des salaires via un accès sécurisé, 24h/24h et 7j/7j
- Le **service de communication** vous tient informés à travers des newsletters et un journal (interface)

Conformément à la loi sur l'AVS (art. 64, al. 1), l'adhésion à la Fédération Patronale et Economique implique l'affiliation à la **CAISSE INTERPROFESSIONNELLE D'AVS DE LA FÉDÉRATION DES ENTREPRISES ROMANDES, Agence FER CIGA à Bulle**, pour les régimes d'assurances **obligatoires** suivants :

- Assurance-vieillesse et survivants (AVS), Assurance-invalidité (AI), Allocations aux militaires, maternité et paternité (APG) et Assurance chômage (AC)
- Allocations familiales (AF)
  - Caisse régionale interprofessionnelle (CRICAF)
  - Caisse d'allocations familiales des Avocats (CAF Avocats car je suis membre de l'OAF)
  - Caisse d'allocations familiales des Bouchers (CAF Bouchers), ainsi qu'à l'Association y relative
  - Caisse d'allocations familiales des Boulangers (CAF Boulangers), ainsi qu'à l'Association y relative

**Nos services complémentaires** (à cocher pour recevoir une offre ou l'accès aux e-services)

**Caisse inter-Entreprise de Prévoyance Professionnelle (CIEPP) – 2<sup>ème</sup> pilier**



**Indemnité journalière en cas de maladie**

**Assurance accident LAA / Complémentaire LAA**



**Les e-Services** : un espace de gestion qui vous permet d'avoir une vue d'ensemble de votre effectif et d'effectuer les mutations relatives à l'AVS et à la CIEPP. Accessible 24/24h et 7/7j, en toute confidentialité et gratuitement.

### Données de l'indépendant(e)

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :	N° AVS : 756.	Permis de séjour :	(joindre la copie)
Etat civil :		Si marié : n° AVS du conjoint : 756.	
Profession ou raison sociale :		Début de l'activité le :	
Adresse professionnelle :			
Adresse privée :			
Êtes-vous inscrit(e) au Registre du Commerce ?		Oui, numéro IDE : CHE-	Non
Site internet :	Estimation de votre bénéfice net annuel Fr. (produits - charges)	Type d'activité :	

### Contacts

Nom de la personne de contact :
N° de téléphone :
E-Mail :

### Coordonnées bancaires/postales

Nom de la banque/poste :
Lieu :
N° IBAN : CH

Occupez-vous du personnel ?	Oui	Non
-----------------------------	-----	-----

### Personnel de votre entreprise

Depuis quelle date employez-vous du personnel ?		
Quelle est l'estimation de votre masse salariale brute annuelle ? Fr.		
Nombre d'employés au total :		
Êtes-vous soumis à une convention collective de travail (CCT) ?	Oui, à :	Non

### Annonce de vos collaborateurs (si les cases ne sont pas suffisantes, veuillez joindre la liste de vos collaborateurs en annexe)

Nom	Prénom	N°AVS ou date de naissance	Date d'engagement

### Questionnaire assurance accidents obligatoire

Après de quel assureur LAA les employés sont-ils affiliés ?	
Adresse de l'assureur :	Numéro de police :
Souhaitez-vous recevoir une offre de notre part (en partenariat avec le Groupe Mutuel) ?	
Oui	Non

### Questionnaire prévoyance professionnelle / 2<sup>ème</sup> pilier (LPP)

Le personnel est-il affilié auprès d'une institution de prévoyance ?		Oui	Non
Si oui, nom et adresse de l'institution :			
<b>Dès réception, nous transmettre impérativement une attestation de votre institution LPP</b>			
Si non pour quel motif :		Leur salaire est inférieur au salaire minimal LPP	
		Les salariés sont engagés pour une durée inférieure à 3 mois	
		Il s'agit d'activités accessoires pour les employés, qui sont déjà assujettis à la LPP dans le cadre de leur activité principale	
Souhaitez-vous recevoir une offre de notre part (en partenariat avec la CIEPP) ?		Oui	Non

### Indemnité journalière en cas de maladie

Souhaitez-vous recevoir une offre de notre part (en partenariat avec le Groupe Mutuel) ?		Oui	Non
--	--	-----	-----

A compléter uniquement si vous occupez du personnel

Lieu et date

Timbre et signature

Personne de contact :  
<https://www.fpe-ciga.ch/personnes-de-contact.html>

Réservé à la Caisse			

Fédération Patronale et Economique  
 Rue de la Condémine 56, Case postale, 1630 Bulle  
 Tél. +41 26 919 87 40 - E-Mail : [office@fpe-ciga.ch](mailto:office@fpe-ciga.ch)  
 Site internet : [www.fpe-ciga.ch](http://www.fpe-ciga.ch)



## Questionnaire complémentaire

Les questions ci-dessous s'adressent à tous les domaines d'activités qui ne sont pas liés à la SUVA. Ce questionnaire permettra à la caisse de compensation d'examiner le statut (indépendant ou dépendant) de la personne qui demande son adhésion.

1. Êtes-vous membre d'une association professionnelle ? Si oui, laquelle ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Tenez-vous une comptabilité (produits et charges)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3. Disposez-vous : <ul style="list-style-type: none"><li>• D'une structure d'entreprise avec secrétariat ?</li><li>• De papier à lettre avec en-tête de l'entreprise ? (joindre un exemple)</li></ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
4. Où exercez-vous votre activité indépendante ?	<input type="checkbox"/> domicile privé <input type="checkbox"/> local commercial (joindre la copie du bail) <input type="checkbox"/> locaux de mes clients	
5. Quel est votre taux d'activité ?	Activité indépendante : _____ Activité salariée : _____	
6. Exercez-vous encore une autre activité? (en Suisse ou à l'étranger) Si oui, nom et adresse de l'employeur : _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7. Supportez-vous l'entier des frais et charges d'exploitation ?  Le matériel servant à l'exécution du travail est-il à votre charge ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
8. Recherchez-vous vous-même votre clientèle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9. Comment êtes-vous rétribué(e) ?	<input type="checkbox"/> Sur facture <input type="checkbox"/> En cash	<input type="checkbox"/> Virement bancaire <input type="checkbox"/> Autre : _____
10. Concluez-vous à votre propre nom des contrats avec votre clientèle ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
11. Etablissez-vous la facturation à votre propre nom ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
12. Êtes-vous lié à des instructions concernant l'horaire de travail (par ex : présence obligatoire, contrôle du temps de travail, etc...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
13. Avez-vous le droit de prendre des initiatives et des décisions touchant à la marche de l'entreprise ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
14. En cas de non-paiement d'un client, en supportez-vous la perte ? Si oui, engageriez-vous vous-même une procédure de poursuite ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non
15. Avez-vous investi un certain capital dans votre installation ? Si oui, combien ? : Fr. _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
16. Disposez-vous d'un véhicule d'entreprise ? (joindre la copie du permis de circulation)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

17. Avez-vous conclu un contrat d'assurance couvrant la responsabilité de l'entreprise ? (joindre la copie de la police)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
18. Quels type de clients avez-vous ? (indiquez les raisons sociales, adresses et joignez les copies de vos contrats) a) _____ b) _____ c) _____	<input type="checkbox"/> Entreprises	<input type="checkbox"/> Privés
19. Exercez-vous des mandats pour votre ancien employeur ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
20. Qui vous donne les instructions ou ordres en relation avec votre activité ?	<input type="checkbox"/> Moi-même	<input type="checkbox"/> Autre : _____
21. Existe-t-il une interdiction de faire concurrence ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
22. Description détaillée de votre activité : _____ _____		
23. Faites-vous régulièrement de la publicité ? Si oui, par quel biais ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Réseaux sociaux	
	<input type="checkbox"/> Site internet : www._____	
	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
24. Faites-vous vous-même des offres ? (joindre des copies)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
25. Avez-vous déjà déposé une demande d'affiliation en tant que personne de condition indépendante auprès d'une autre Caisse de compensation ? Si oui, auprès de laquelle ? _____	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
26. Pouvez-vous fixer vous-même les prix de vos produits/prestations, accorder des rabais ou des arrangements de paiement ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
27. Constituez-vous un stock de marchandise/matériel ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
28. En cas de défectuosité d'un article, qui supporte la perte entraînée par son remplacement ?	<input type="checkbox"/> Moi-même	<input type="checkbox"/> Autre : _____

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

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Annexes à fournir (copies) selon votre situation :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrat de bail  | <input type="checkbox"/> Contrat d'assurance RC professionnelle      |
| <input type="checkbox"/> Permis de séjour   | <input type="checkbox"/> Autorisations/patentes/diplômes             |
| <input type="checkbox"/> Offres/devis   | <input type="checkbox"/> Flyers, carte de visite et/ou liste de prix |
| <input type="checkbox"/> Factures envoyées à vos clients  |  |
| <input type="checkbox"/> Contrats établis avec votre clientèle  |  |
| <input type="checkbox"/> Factures d'investissements<br>(matériels, produits, machines, frais de publicité,<br>de formation, etc...) |  |
| <input type="checkbox"/> Contrat de reprise du fonds de commerce,<br>du stock ou de l'inventaire                                    |  |