**Fiche personnelle des bénéficiaires d'honoraires / membres de commissions**

Numéro de commande: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le traitement des honoraires versés à des personnes exerçant une activité dépendante et à des membres de commissions de l'administration fédérale est effectué par l'entreprise BDO SA. Nous vous remettons le présent questionnaire afin d'effectuer un premier enregistrement de vos données. Lors du traitement des données personnelles, les directives relatives au traitement des données personnelles dans l'administration fédérale sont appliquées.

Nous vous remercions de fournir des réponses complètes.

# Données personnelles de la personne mandatée

|  |  |
| --- | --- |
| Formule d'adresse |  |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Nom de naissance |  |
| Date de naissance |  |
| Nationalité |  (si vous n'avez pas la nationalité suisse, voir le chiffre 5) |
| Numéro d'assurance sociale (n° AVS) |   |
| Langue de correspondance |  |

# Etes-vous propriétaire d'une entreprise ayant la forme d'une personne morale (p. ex. Sàrl, SA) ou les honoraires/jetons de présence sont-ils payés directement à votre employeur?

[ ]  Oui Dans ce cas, vous pouvez passer directement à la question 6.3, 7 et 10.

[ ]  Non Dans ce cas, passez à la question 3.

# Exercez-vous une activité indépendante?

[ ]  Oui Dans ce cas, quelle est votre caisse de compensation et quel est votre numéro de TVA (si vous êtes soumis à la TVA)? Veuillez joindre l'attestation de votre caisse de compensation indiquant votre secteur d’activité.

|  |  |
| --- | --- |
| Numéro TVA |  |
| Nom de la caisse de compensation |  |
| Adresse |  |
| N° de téléphone/e-mail |  |

Je prends note que en tant qu'indépendant, je suis responsable des décomptes avec la caisse de compensation et éventuellement la caisse de pensions,
la décision concernant le statut d'indépendant appartient toutefois à la caisse de compensation et que, si celle-ci considère que le présent mandat relève d'une activité lucrative dépendante, le mandant est responsable des décomptes et soumis à l'obligation de cotiser.

|  |  |
| --- | --- |
| Signature et date |  |

[ ]  Non Dans ce cas, vous recevez le décompte des honoraires en tant que personne exerçant une activité dépendante. Les cotisations aux assurances sociales sont décomptées par le mandant avec la Caisse fédérale de compensation.

# Etat civil / Enfants

Etat civil [ ]  célibataire [ ]  marié/e 1) [ ]  séparé/e 1)

 [ ]  divorcé/e 1) [ ]  veuf/veuve 1) [ ]  partenariat enregistré 1)

 1) Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfants [ ]  Oui [ ]  Non

En cas de réponse positive et si l'activité pour le compte du mandant susmentionné représente votre activité principale, cochez s'il vous plaît la case ci-dessous.

 [ ]  Veuillez m’envoyer le formulaire "Demande d’allocations familiales".

# Etrangers

|  |  |
| --- | --- |
| Nationalité |  |

Autorisation: [ ]  Personne établie durablement (permis C)

 [ ]  Personne établie à l'année (permis B)

 [ ]  autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Jusqu'à quand votre autorisation est-elle valable? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  assujetti à l'impôt à la source avec impôt ecclésiastique
[ ]  assujetti à l'impôt à la source sans impôt ecclésiastique

# Adresses

## Domicile de la personne mandatée

|  |  |
| --- | --- |
| Rue |  |
| Case postale (si disponible) |  |
| NPA / Lieu / Pays |  |
| N° de téléphone/e-mail |  |

## Personnes résidant et/ou exerçant une activité à l'étranger

Exercez-vous une activité lucrative dans votre Etat de résidence ou aussi dans un autre pays?

[ ]  Oui [ ]  Non

**Si la réponse est "oui",** dans quel(s) pays? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Travaillez-vous dans ce(s) pays en qualité (cocher ce qui convient): [ ]  d'employé ou

 [ ]  d'indépendant?

Si vous exercez une activité lucrative dans votre pays de résidence ou dans un autre pays, veuillez remplir le formulaire «Pluriactivité CH/UE/AELE – détermination de la législation de sécurité sociale applicable» et le renvoyer avec la présente fiche personnelle.

Conformément à l'art. 21, al. 2, du règlement (CE) 987/09, et à l'art. 109 du règlement (CEE) 574/72, les bénéficiaires d'honoraires (ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE/l'AELE) travaillant et résidant habituellement dans des Etats membres de l'UE ou de l'AELE se chargent de verser eux-mêmes les cotisations aux organismes de sécurité sociale compétents pour le compte du mandant (administration fédérale).

Le cas échéant, le mandant (admin. fédérale) a besoin d'une attestation de détachement (espace UE: formulaire A1; espace AELE: formulaire E101). Le formulaire A1 ou E101 doit être transmis avec la fiche personnelle. Après réception des documents, l'obligation de cotiser est réglée dans une convention séparée conformément à l'art. 21, al. 2, du règlement (CE) 987/09, et à l'art. 109 du règlement (CEE) 574/72. La part des cotisations sociales de l'employeur est comprise dans l'honoraire convenu. L'assurance-maladie est à la charge de l'employé et peut être incluse ou non dans le champ d'application matériel de la convention (formulaire A1 ou E101 par ex.). Si l'assurance-maladie n'est pas incluse, il est possible d'en demander l'exonération auprès du service cantonal concerné.

## Adresse de l'entreprise (si vous avez répondu "oui" à la question 2 ou 3)

|  |  |
| --- | --- |
| Entreprise |  |
| Siège |  |
| Inscription au registre du commerce | Lieu et année |
| Rue |  |
| Case postale (si disponible) |  |
| NPA / Lieu |  |
| N° de téléphone/e-mail |  |

# Adresse de paiement

|  |  |
| --- | --- |
| La Post / Nom de la banque |  |
| Titulaire du compte |  |
| No de compte postal / bancaire |  |
| No IBAN |  |

# Caisse de pensions (seulement pour les personnes ayant répondu "non" à la question 3)

Vous avez répondu "non" à la question 3 et êtes donc considéré comme un salarié. Dans certaines conditions, vous êtes également assuré auprès de la Caisse fédérale de pensions contre les conséquences économiques de la vieillesse, du décès et de l'invalidité.

## Activité lucrative principale ou accessoire

[ ]  Pour le mandant indiqué ci-après, vous exercez une activité lucrative accessoire et vous exer- cez une activité lucrative indépendante à titre principal. Veuillez joindre la confirmation de votre caisse de compensation.

[ ]  Pour le mandant indiqué ci-après, vous exercez une activité lucrative accessoire et vous êtes déjà soumis à l’assurance obligatoire pour l'activité que vous exercez à titre principal. Veuillez joindre l’attestation de votre employeur ou de votre caisse de pensions.

Etes-vous déjà assuré auprès d'une autre caisse de pensions?

[ ]  Non [ ]  Oui
 Nom de la caisse de pension: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recevez-vous une rente de la Caisse fédérale de pensions?

[ ]  Non [ ]  Oui (Veuillez joindre la décision d’octroi de rente)

# Autres mandats exercés pour le compte de l'administration fédérale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Date (du) | Date (au) | Unité administrative / Office |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Signature

Par ma signature, je confirme l’exactitude des indications fournies.

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

Transmettre au mandant

|  |  |
| --- | --- |
| **Unité administrative** |  |
| Adresse |  |
| NPA / Lieu |  |

Annexes (cocher ce qui convient):

[ ]  Copie de la décision de versement d’une rente

[ ]  Copie de l’attestation de la caisse de pensions ou de l’employeur

[ ]  Copie du titre de séjour / du permis d’établissement

[ ]  Demande d'attestation de détachement

[ ]  Attestation A1

[ ]  Formulaire "Pluriactivité CH/UE/AELE – détermination de la législation de sécurité sociale applicable"

[ ]  Copie du passeport