

## QUESTIONNAIRE – DECOMPTE SIMPLIFIE

- 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 IBAN: \_\_\_\_\_

Banque/Adresse : \_\_\_\_\_

### I PERSONNES PHYSIQUES COMME EMPLOYEUR *(données personnelles)*

**LAISSER LIBRE**

1. Nom de famille : \_\_\_\_\_  
 2. Prénom : \_\_\_\_\_  
 3. Filiation : \_\_\_\_\_  
 4. Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 5. No d'assuré AVS : \_\_\_\_\_  
 6. Etat civil : \_\_\_\_\_ depuis quand : \_\_\_\_\_  
 7. Commune de domicile : \_\_\_\_\_ *(dépôt des papiers)* depuis quand: \_\_\_\_\_

### II SOCIETE DE PERSONNES OU DE CAPITAUX COMME EMPLOYEUR

8. Raison sociale de la société : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 9. Forme juridique : \_\_\_\_\_  
 10. Domicile ou siège social : \_\_\_\_\_  
 11. Nom, prénom et domicile des associés : \_\_\_\_\_ Part au revenu \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 12. 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)*

### III PERSONNES PHYSIQUES ET SOCIETES

13. Adresse actuelle : \_\_\_\_\_  
 14. Nom et adresse du représentant légal : \_\_\_\_\_  
 15. Nom et lieu de l'exploitation : \_\_\_\_\_

**IV EMPLOYEURS** (personnes physiques et sociétés)

16. Personnes occupées :

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

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

e) Montant annuel total des salaires (estimation) Fr. \_\_\_\_\_

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

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

**VI LAA - Loi fédérale sur l'assurance-accidents**

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

Si Oui, auprès de quelle institution ? : \_\_\_\_\_  
(CNA, Assurance privée, etc.)

Si non, notre caisse doit vous annoncer à la caisse supplétive.

**ANNEXES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je certifie que les indications ci-dessus sont complètes et exactes :

Date : \_\_\_\_\_

Sceau et signature :