

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 :