

## 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 :