

QUESTIONNAIRE D'AFFILIATION POUR EMPLOYEUR DE PERSONNEL DE MAISON

- Vous pouvez compléter ce formulaire directement à l'écran et enregistrer les données saisies.
- Veuillez svp compléter uniquement les champs qui vous concernent.
- Les champs avec un * doivent obligatoirement être complétés.

EMPLOYEUR

Nom _____* Rue et n° _____
Case postale _____ NPA et lieu _____*
Téléphone _____* Courriel _____
Genre d'activité de votre(vos) employé(s) _____*

ADRESSE D'UN TIERS (FIDUCIAIRE, ETC.)

Nom _____ Rue et n° _____
Case postale _____ NPA et lieu _____

ADRESSE DE CORRESPONDANCE

Adresse pour l'envoi de toute correspondance

Adresse de l'employeur

Adresse d'un tiers

EN CAS DE REMBOURSEMENT DE NOTRE PART

Bénéficiaire _____* N° IBAN ou CCP _____*
Institut financier _____* NPA et lieu _____*

PERSONNEL

Depuis quand employez-vous du personnel ? _____*

Numéro d'assuré, nom, prénom, date de naissance et date d'engagement de votre(vos) employé(s)

_____*

Montant annuel des salaires versés en CHF _____*

Assurance LAA _____*

Assurance LPP _____



REMARQUE(S)

SIGNATURE

Cette dernière partie doit être remplie à la main et le questionnaire doit nous parvenir par courrier postal.

Le questionnaire a dûment été rempli et est conforme à la réalité.

Lieu et date : _____ *

Timbre et signature : _____ *