



Annnonce de personnel et d'événements

A) DONNÉES DE L'EMPLOYEUR

Affilié n° : _____ **Nom de l'employeur :** _____

B) DONNÉES PERSONNELLES DE L'EMPLOYÉ(E)

Nom : _____ **Prénom :** _____
N°AVS : 756. _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** M F
État civil : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf/veuve
dès le _____ dès le _____ dès le _____
Rue, N° : _____ **NPA, localité :** _____
E-mail : _____ **Langue :** Français Allemand

ENTRÉE DE L'EMPLOYÉ(E)

Date de début des rapports de travail : _____
Salaire AVS annuel : CHF _____ **Taux d'activité :** _____ %
Durée d'occupation : Contrat de durée indéterminée Contrat de durée déterminée
S'agit-il de gain intermédiaire : Oui Non
Catégorie de personnel : _____ **Précédent employeur :** _____
(si votre affiliation en comporte plusieurs, p. ex. : collaborateurs, cadres, direction,...)
L'employeur soussigné confirme que l'assuré(e) précité(e) jouit de sa pleine capacité de travail à la date du début des rapports de travail, et qu'il ne bénéficie pas de mesure de réadaptation de l'AI, à défaut il doit remplir la rubrique suivante :
Degré d'incapacité de travail : _____ % **Degré d'invalidité :** _____ % **Type de mesure AI :** _____

MODIFICATION DES DONNÉES PERSONNELLES DE L'ASSURÉ(E)

Plusieurs choix possibles : État civil Nom Adresse
Nouvel état civil : _____ **Date :** _____
Nouveau nom : _____ **Nouvelle adresse :** _____
E-mail : _____ **NPA, localité :** _____

Le soussigné certifie que toutes les indications ci-dessus sont exactes et complètes. Il confirme également avoir autorité pour signer le présent document et prend connaissance du fait qu'en cas de données incorrectes ou incomplètes, la Caisse peut, dans le cadre des dispositions légales et réglementaires, réduire, voire refuser des prestations, ainsi que faire valoir des prétentions en dommages et intérêts.

Lieu et date : _____

Timbre et signature de l'entreprise : _____