



## DEMANDE D’AFFILIATION POUR LES EMPLOYEURS DE PERSONNEL DE MAISON

Notre formulaire pdf doit être téléchargé et complété depuis votre ordinateur. Vous pouvez ensuite nous le transmettre [via notre site internet](#) ou par poste.

### Coordonnées de l'employeur

N° AVS : 756.

Nom(s) :

Prénom(s) :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Rue, n° :

NPA, localité :

Téléphone fixe (durant la journée) :

Portable :

Adresse e-mail :

### Adresse de correspondance (si autre de celle de l'employeur)

c/o ou p.a. :

Rue, n° :

NPA, localité :

### Coordonnées bancaires ou postales (en cas de remboursement)

IBAN (obligatoire) : CH

Clearing :

### Personnel de maison

Personel employé dès le (jj/mm/aaaa) :

Nombre d'employés :

Masse salariale mensuelle : CHF

Masse salariale annuelle : CHF

### Assurance obligatoire LAA

Une police d'assurance-accidents, conforme à la LAA, a-t-elle été conclue auprès d'un assureur reconnu ?

oui ⇒ Nom et adresse de l'assureur :

non

## Assurance obligatoire LPP (2<sup>e</sup> pilier)

L'employeur est-il affilié pour son personnel auprès d'une institution de prévoyance professionnelle (**LPP**) reconnue ?

oui ⇒ Nom et adresse de l'assureur (**joindre attestation**) :

---

---

non ⇒ Indiquer pour quelle raison :

---

---

## Commentaires

---

---

---

## Déclaration et signature

*Le soussigné certifie avoir rempli le présent formulaire de manière complète et conforme à la vérité.*

Lieu et date :

Signature :

---

---

**Annexe** : Attestation LPP (si une affiliation auprès d'une institution de prévoyance professionnelle a été effectuée)



## ANNONCE DE PERSONNEL

Pour les personnes sans N° AVS, veuillez remplir le formulaire «Demande de certificat d'assurance», n° 318.260

### Coordonnées de l'employeur

N° AVS : 756.

Nom(s) (si personne physique) :

Prénom(s) (si personne physique) :

Nom de la personne responsable :

### Coordonnées des collaborateurs (Les données indiquées doivent correspondre exactement aux données mentionnées sur le certificat AVS)

N° AVS (si connu)	Date de naissance (jj/mm/aa)	Nom, prénom	Début de l'activité (jj/mm/aa)	Fin de l'activité (jj/mm/aa)	Bénéficiaire d'allocations familiales
756.					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
756.					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
756.					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
756.					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
756.					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
756.					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
756.					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
756.					<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

### Masse salariale globale des collaborateurs (y compris les nouveaux collaborateurs)

L'engagement de vos collaborateurs modifie-t-il votre masse salariale ?  oui ,dès le  non

Si oui, nouvelle masse salariale à prendre en considération :

	Masse mensuelle	Masse annuelle
<b>AVS/AI/APG</b> (y compris 13 <sup>e</sup> salaire, gratifications, etc)	CHF	CHF
<b>AC</b> (jusqu'à CHF 148'200.- par année et par employé)	CHF	CHF

Lieu et date :

Signature :

PARTIE RÉSERVÉE À LA CCVD		
Service	NIP	Code
Date :	Visa :	