



Important: Ce formulaire doit être utilisé uniquement pour les personnes qui possèdent déjà un numéro d'assuré. L'annonce de personnel peut également être transmise via nos e-services, rubrique ACL.

I. DONNÉES DE L'EMPLOYEUR

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| Numéro d'affilié: _____ - _____ | Raison sociale: _____ |
| Adresse (rue/n°): _____ | |
| NPA: _____ | Lieu: _____ |

II. NOUVEAUX COLLABORATEURS

Les données indiquées ci-dessous doivent correspondre exactement aux données mentionnées sur le certificat d'assuré:

| N° AVS | Nom et prénom | Date de naissance | Date d'entrée |
|-----------------------|---------------|-------------------|-----------------|
| 756._____._____._____ | _____ | ____.____._____ | ____.____._____ |
| 756._____._____._____ | _____ | ____.____._____ | ____.____._____ |
| 756._____._____._____ | _____ | ____.____._____ | ____.____._____ |
| 756._____._____._____ | _____ | ____.____._____ | ____.____._____ |
| 756._____._____._____ | _____ | ____.____._____ | ____.____._____ |
| 756._____._____._____ | _____ | ____.____._____ | ____.____._____ |
| 756._____._____._____ | _____ | ____.____._____ | ____.____._____ |
| 756._____._____._____ | _____ | ____.____._____ | ____.____._____ |

III. MASSE SALARIALE

Je souhaite adapter la masse salariale de mon personnel:

Nouvelle masse salariale globale annuelle: CHF _____ dès le: _____.____._____

Je ne souhaite pas modifier la masse salariale de mon personnel

IV. CONTACT

| | |
|-----------------------------|------------------|
| Personne responsable: _____ | Téléphone: _____ |
|-----------------------------|------------------|

Lieu et date: _____ Timbre et signature de l'employeur: _____