



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: _____