



## 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 :** \_\_\_\_\_  
**Salaires 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 :** \_\_\_\_\_