

Déclaration des salaires versés par l'employeur à son personnel

Numéro d'affilié	Période de déclaration (année)
------------------	-----------------------------------

SI PAS DE PERSONNEL CETTE ANNEE → ☐

Institution de prévoyance LPP:	si changement → ☐
Nouvelle Institution de prévoyance LPP:	

Assurance LAA:	si changement → ☐
Nouvelle Assurance LAA:	

! En cas de changement, merci de nous envoyer une copie de l'attestation d'affiliation !

**DANS TOUS LES CAS, CE FORMULAIRE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE REMPLI, SIGNÉ ET RENVOYÉ A NOTRE CAISSE
(QUE VOUS EMPLOYIEZ DU PERSONNEL OU NON, QUE VOUS TRANSMETTIEZ VOTRE DÉCLARATION DE SALAIRES SUR PAPIER OU PAR VOIE ELECTRONQUE)**

Montant total des salaires soumis

AVS

AC

--	--	--

☐ Certifié exacte et conforme à la LAVS et aux dispositions d'application
(cf mémento 2.01, www.ahv-iv.ch/p/2.01.f)

Date : _____

Timbre et
signature