

Formulaire d'annonce d'entrée

Employeur

Entreprise	N° d'entreprise
------------	-----------------

Personne assurée

Nom		Prénom	
Rue		Lieu	
Date de naissance		N° AVS (nouveau)	
Etat civil		Date du mariage	
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin	
Correspondance	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Italien

Entrée

Date du début des rapports de service			
Saisonnier	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
Salaire annuel soumis AVS en CHF			
Taux d'activité	%		
La personne assurée jouit-elle de sa pleine capacité de travail ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
La personne assuré perçoit-elle une rente AI ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, degré d'invalidité			%

Remarque

Date d'expédition	Timbre et signature de l'employeur
-------------------	------------------------------------

