



Questionnaire pour l'affiliation d'un employeur

(Veuillez remplir ce formulaire électroniquement ou lisiblement en caractères d'imprimerie et le signer)

Adresse de domicile (siège de l'entreprise):	Nom	_____
	Rue	_____
	NPA/localité	_____ / _____
	Langue	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
	Numéros de téléphone et de fax	_____ / _____
	Adresse e-mail	_____
Interlocuteur:	_____	

Adresse privée	Prénom, Nom	_____
	Rue	_____
	NPA/localité	_____ / _____
	No d'assuré	_____
Langue	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	

Type d'entreprise/branche: _____

Nom et localité de la caisse de compensation AVS compétente: _____

Numéro de décompte AVS: _____

Nom de l'institution de prévoyance et no de contrat
(si une affiliation LPP existait déjà) _____

Souhaitez-vous recevoir une offre avant la conclusion du contrat? oui non

Lieu: _____ Date: _____ Signature: _____