



## Questionnaire pour l'affiliation d'un employeur

(Veuillez remplir ce formulaire de manière lisible en lettres majuscules et nous l'adresser dûment complété et signé)

L'entreprise à assurer est une:

**Société anonyme**

**Sàrl**

**Société individuelle**

**Entreprise individuelle**

**Association**

**Adresse de domicile (siège de l'entreprise):**

Nom

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rue

\_\_\_\_\_

NPA/localité

\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Langue

D      F      I

Numéros de téléphone et de fax:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse e-mail

\_\_\_\_\_

Interlocuteur:

\_\_\_\_\_

**Adresse privée (\* et \*\*)**

Prénom

\_\_\_\_\_

Nom

\_\_\_\_\_

Rue

\_\_\_\_\_

NPA/Localité

\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Langue

D      F      I

\* Pour l'entreprise individuelle, il faut impérativement indiquer l'adresse privée du propriétaire.

\*\* Si l'association n'est pas inscrite au registre du commerce, il faut indiquer l'adresse privée de son président.

**Inscription au RC?**

oui

Non

**Type d'entreprise/branche**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Numéro de décompte:**

\_\_\_\_\_

**Nom de l'institution de prévoyance et n° de contrat**

\_\_\_\_\_

(si une affiliation LPP existait déjà)

**Lieu:**

**Date:**

**Signature de l'employeur:**

\_\_\_\_\_