



Important: Ce formulaire peut être utilisé uniquement pour les personnes qui possèdent déjà un numéro d'assuré (NAVS13).

DONNÉES DE L'EMPLOYEUR

Numéro d'affilié: _____ Raison sociale ou nom: _____

Adresse: _____

NPA: _____ Localité: _____

Téléphone/natel: _____ email: _____ Fax: _____

Nouveaux collaborateurs

Les données indiquées ci-dessous doivent correspondre exactement aux données mentionnées sur le certificat d'assurance.

NAVS13: 756. _____ . _____ . _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ . _____ . _____ Date d'engagement: _____ . _____ . _____

NAVS13: 756. _____ . _____ . _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ . _____ . _____ Date d'engagement: _____ . _____ . _____

NAVS13: 756. _____ . _____ . _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ . _____ . _____ Date d'engagement: _____ . _____ . _____

NAVS13: 756. _____ . _____ . _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ . _____ . _____ Date d'engagement: _____ . _____ . _____

NAVS13: 756. _____ . _____ . _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ . _____ . _____ Date d'engagement: _____ . _____ . _____

NAVS13: 756. _____ . _____ . _____

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ . _____ . _____ Date d'engagement: _____ . _____ . _____

Le soussigné certifie que toutes les indications contenues dans ce questionnaire sont exactes et complètes.

Lieu et date: _____ Timbre et signature de l'employeur: _____

Vous n'utilisez pas encore nos e-services pour effectuer cette démarche administrative? Nous vous renseignons volontiers à ce sujet par email à info@ciam-avs.ch ou par téléphone au 058 715 34 54 afin de vous accompagner lors de vos premiers pas dans l'espace privé de notre site internet.