

Déclaration des salaires versés par l'employeur à son personnel

Numéro d'affilié	Période de déclaration
------------------	------------------------

SI PAS DE PERSONNEL CETTE ANNEE →

Page 1/1

Institution de prévoyance LPP:	si changement →
--------------------------------	-----------------

Assurance LAA:	si changement →
----------------	-----------------

Liste des membres du personnel		Canton	Période d'activité				Salaires bruts					
NSS	Nom et prénom		Année	Début		Fin		AVS/AI/APG	Assurance chômage	AC II	AF	Amat GE
				Jour	Mois	Jour	Mois					

Montant total des salaires soumis/report

--	--	--	--	--

Certifié exact et conforme à la LAVS et aux dispositions d'application
(cf mémento 2.01, www.ahv-iv.ch/fr/Mémentos-Formulaire)

Date: _____ Timbre et signature: _____