

Ce formulaire ne concerne que les personnes en possession d'un numéro AVS. Pour les autres, une demande de certificat d'assurance est requise.

## Employeur

N° d'affilié : \_\_\_\_\_

Nom établissement / Lieu : \_\_\_\_\_

Personne de contact : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

## Annonce d'entrée des employés (dans un délai de 30 jours dès l'engagement)

Tous les champs suivants doivent être impérativement complétés.

| N° AVS | Nom & Prénom | Date de naissance | Date d'entrée |
|--------|--------------|-------------------|---------------|
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |
| _____  | _____        | _____             | _____         |

Lieu et date

Timbre et signature de l'employeur

\_\_\_\_\_

**N'oubliez pas également de faire transférer la prestation de libre-passage LPP de vos nouveaux collaborateurs !**