

## 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 de travail	Période d'activité				Salaires bruts					
NSS	Nom et prénom		Année	Début		Fin		AVS/AI/APG	Assurance chômage	AF	AMat GE	Renonciation franchise
				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](http://www.ahv-iv.ch/fr/Mémentos-Formulaire))

Date: \_\_\_\_\_ Timbre et signature: \_\_\_\_\_