

## Annonce d'entrée

**Le présent formulaire doit être rempli par l'employeur.**

Sont soumis-e-s à l'assurance obligatoire tous les collaborateurs et collaboratrices dès le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit la date de leur 17<sup>e</sup> anniversaire, sauf si :

- leur annuel salaire brut ne dépasse pas le seuil d'entrée selon votre plan de prévoyance ou le montant limite d'entrée selon LPP (01.01.2025: CHF 22 680)
- leur contrat de travail est limité à trois mois ou moins
- la personne est déjà assujettie à l'assurance obligatoire pour une activité lucrative exercée à titre principal ou si elle exerce une activité lucrative indépendante à titre principal
- la personne est invalide à raison de 2/3 au moins

Prénom	Nom		
Adresse	NPA/lieu		
E-mail			
Numéro AVS	Date de naissance		
Sexe	féminin <input type="checkbox"/>	masculin <input type="checkbox"/>	
Salaire annuel brut*	Taux d'activité**		
Date effective d'entrée***	marié-e	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Est-ce que la personne à assurer est propriétaire, copropriétaire, associé-e ou actionnaire de l'entreprise?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

(Le cas échéant, prière de nous demander et remplir le formulaire «Déclaration de santé».)

\* Salaire brut à calculer sur une année **entièr**e (y compris 13<sup>e</sup> salaire)

\*\* En %

\*\*\* Pour des raisons techniques, la date d'entrée est fixée au premier jour du mois d'entrée (pour une entrée effective jusqu'au et inclus le 15 du mois correspondant) ou au premier jour du mois suivant (pour une entrée effective à partir du 16 du mois). Vous devez toutefois nous communiquer la date effective, car celle-ci est juridique pertinente.

### Déclaration de l'entreprise affiliée

Nous certifions que la personne à assurer jouit de sa pleine capacité de travail\*\*\*\*.

\*\*\*\* Pour toute nouvelle entrée d'employé-e à temps partiel, veuillez vérifier si la personne concernée est capable de travailler à 100%. Pour annoncer l'entrée d'une personne qui ne jouit pas de sa pleine capacité de travail ou qui bénéficie déjà d'une rente d'invalidité (AI, AMF, assurance-accidents), veuillez demander notre formulaire supplémentaire «Déclaration de santé» pour la personne à assurer.

Numéro d'affiliation

Lieu, date

Timbre de l'entreprise et signature