 **QUESTIONNAIRE ASSURANCES CAISSE CSS – ANNEE 2017**

**Employeur**

Nom et Prénom :

Rue et n° :       NPA Localité :       Téléphone :

**Période de décompte du 01.01.2017 au 31.12.2017**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1 - Assurance indemnités journalières (maladie)\*** | **Femmes** | **Hommes** | **Total** |
| Nombre de collaborateurs |        |       |       |
| Masse salariale définitive (montant CHF) |       |       |
| **TOTAL GENERAL MASSE SALARIALE** |  |       |
|  |  |  |  |
|  **2 - Assurance accidents selon LAA\*** | **Femmes** | **Hommes** |
| Masse salariale soumise à l’AVS de tous les employés y compris apprentis, stagiaires, et volontaires jusqu’à 148'200 CHF par personne par année | + CHF       | + CHF       |
| Masse salariale non soumise à l’AVS des personnes de moins de 18 ans ainsi que les retraités AVS | + CHF       | + CHF       |
| **Total de la masse salariale soumise à l’ass acc (AP)** | = CHF       | = CHF       |
| Masse salariale déclarée pour les personnes dont le temps de travail est inférieur à 8 heures par semaine | - CHF       | - CHF       |
| Total de la masse salariale soumise à la prime pour ass acc non professionnels **(ANP)** | = CHF       | = CHF       |
| **Nombre de personnes assurées** | **Total Femmes**      | **Total Hommes**      |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3 - Assurance complémentaire LAA\*** | **Femmes** | **Hommes** |  |
| Masse salariale soumise à l’AVS jusqu’à 148’200.00 CHF par personne par année | + CHF       | + CHF       |  |
| Masse salariale non soumise à l’AVS des personnes de moins de 18 ans (apprentis, stagiaires…) ainsi que retraités AVS | + CHF       | + CHF       |
| **TOTAL GENERAL MASSE SALARIALE LAA** | = CHF       | = CHF       |  |
|  |  |  |  |
| **Salaires excédentaires des personnes obligatoirement assurées en LAA\*** | **Femmes** | **Hommes** |
| Masse salariale soumise à l’AVS dépassant les CHF 148’200 par personne par année jusqu’au maximum de CHF 300'000 | = CHF       | = CHF       |
| **Nombre de personnes assurées en LAA complémentaire** | **Total Femmes**      | **Total Hommes**      |

Lieu et Date :       Signature :

[ ]  Je certifie ne pas avoir eu de personnel soumis en 2017 : Date et Signature :

* **Ne remplir que les parties qui vous concernent – soit partie 1 pour la maladie, partie 2 pour l’assurance LAA et partie 3 pour l’assurance complémentaire LAA.**

Il est impératif que ce formulaire soit daté, signé par l’employeur et **retourné à AgriGenève avant le 20.01.2018 à :**

AgriGenève – Christine Raison – Rue des Sablières 15 – 1242 Satigny