**QUESTIONNAIRES 1 ET 2**

A compléter et retourner à AgriGenève avant le **31 janvier 2018 après avoir signé les 2 questionnaires**

Nom et Prénom :

Rue et n° :       NPA Localité :

Téléphone :       N° Employeur (LPP) :

|  |
| --- |
| 1. **LAA Assurance accidents - Société d’assurance Dommages FRV**
 |
| Salaires bruts payés en 2017 soumis LAA : Fr.       |
| Dont moins de 8 heures par semaine AP\* uniquement : Fr.       \**AP = Accidents professionnels* |

[ ] Je certifie ne pas avoir eu de personnel soumis à la **LAA** en 2017

 Date :       Signature : ………………………………………

|  |
| --- |
| 1. **LPP 2ème pilier - Fondation rurale de prévoyance professionnelle liste des employés soumis à la LPP pour l’année 2017**
 |
| N° Employeur :       |
| **n° AVS** | **Date de naissance** | **H** | **F** | **Nom et Prénom** | **Début****Jour mois** | **Fin****Jour mois** | **Salaire AVS brut, correspondant à chaque période travaillée et payé en 2017** |
| Ex : xxx.xxxx.xxxx.x | 13.07.1968 |  | x | Eugénie AGRIGE | **03** | **01** | **31** | **03** | XXXXXXXX.- |
| Ex : xxx.xxxx.xxxx.x | 13.07.1968 |  | x | Eugénie AGRIGE | **01** | **06** | **31** | **08** | XXXXXXXX.- |
|       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |       |       |       |       |
|       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |       |       |       |       |
|       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |       |       |       |       |
|       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |       |       |       |       |
|       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |       |       |       |       |
|       |       | [ ]  | [ ]  |       |       |       |       |       |       |

[ ] Je certifie ne pas avoir eu de personnel soumis à la **LPP** en 2017

 Date :       Signature : ………………………………………