

Attestation de l'employeur

Nom et prénom	N° AVS	
NPA, localité, rue, numéro	Date de naissance	Etat civil

L'employeur est tenu de fournir des renseignements dignes de foi et de garder le secret à l'égard de tiers (art. 20, 88 LACI; art. 28 LPGGA); de plus, il délivrera l'attestation de l'employeur à la personne assurée qui la demande dans le délai d'une semaine.

Rapport de travail

Le rapport existant immédiatement avant le départ est déterminant pour répondre aux questions suivantes.

- 1 Nature du rapport de travail
- | | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> durée déterminée | <input type="checkbox"/> durée indéterminée | <input type="checkbox"/> mesure relative au marché du travail financée totalement ou en partie par les pouvoirs publics |
| <input type="checkbox"/> emploi à plein temps | <input type="checkbox"/> emploi auxiliaire | <input type="checkbox"/> emploi sur appel |
| <input type="checkbox"/> emploi à temps partiel | <input type="checkbox"/> emploi saisonnier | <input type="checkbox"/> contrat de travail temporaire |
| <input type="checkbox"/> travail à domicile | <input type="checkbox"/> apprentissage | |
- 2 Durée du rapport de travail du _____ au _____
- 3 Activité en qualité de _____
- 4 L'assuré(e), son(sa) conjoint(e) ou partenaire enregistré(e) a-t-il(elle) une participation financière à l'entreprise ou y occupe-t-il(elle) une fonction dirigeante (par ex. actionnaire, membre du conseil d'administration d'une SA ou associé, gérant d'une Sàrl, etc.)? oui non
- 5 Horaire normal de travail en vigueur dans l'entreprise _____ heures par semaine
- 6 Horaire normal de travail contractuel de l'assuré(e) _____ heures par semaine
- 7 Existait-il un contrat de travail écrit? oui non
- 8 Le rapport de travail était-il soumis à une convention collective de travail?
 oui CCT _____ non
- 9 A quelle caisse de compensation AVS êtes-vous affilié? _____
(nom et numéro)

Résiliation du rapport de travail

- 10 Qui a résilié? _____ quand? _____ pour quelle date? _____
 oralement par écrit (prière de joindre la lettre de congé)
- 11 Durée du délai de congé légal ou conventionnel? _____
- 12 Lors de la résiliation ou pendant le délai de congé, la personne assurée était-elle enceinte ou a-t-elle été empêchée de travailler en raison de maladie, accident, congé de maternité ou de prise en charge, service militaire, service civil ou de protection civile?
 oui, en raison de _____ du _____ au _____ non
- 13 Motif de la résiliation _____



14 Dernier jour de travail effectué

15 Le salaire a été versé jusqu'au

Périodes d'emploi pendant les deux dernières années

16 Veuillez utiliser une nouvelle ligne si l'emploi a été interrompu pendant un mois ou plus.

du	au	Salaire total soumis à cotisation AVS
		CHF
		CHF
		CHF
		CHF

17 Salaire

Veuillez joindre les décomptes de salaire ou la récapitulation des salaires dès 12 dernière mois.

Dernier salaire mensuel

- L'assuré(e) a touché pour la dernière fois
le _____ un 13e salaire de CHF _____
le _____ une gratification de CHF _____

Dernier salaire horaire	Salaire horaire de base	Indemnité de vacances	Indemnité pour jours fériés	13e salaire / gratification	Salaire horaire total
	CHF	%	%	%	CHF

18 Absences

Absences pendant les 12 derniers mois	du	au	du	au	du	au
Maladie						
Accident						
Grossesse						
Congé de maternité ou de paternité						
Congé de prise en charge						
Service militaire, service civil ou de protection civile						
Congé non payé						
Autres absences						

19 Une pension ou une rente est-elle versée? oui par mois non
(prière de joindre les pièces justificatives)

20 A quelle caisse de pension les collaborateurs sont-ils assurés conformément à la LPP? _____

21 En plus du salaire, lui avez-vous accordé d'autres prestations financières lors de la résiliation du rapport de travail?
 oui (prière de joindre les pièces justificatives) non

22 Des allocations pour enfants ou de formation professionnelle ont-elles été versées?
 oui nombre allocation(s) pour enfant(s) nombre allocation(s) de formation professionnelle non

Lieu/date _____

Adresse complète/timbre de l'entreprise/
signature valable

N° de tél. _____

E-Mail _____

- Annexes (copies): lettre de congé
 décomptes de salaire des 12 derniers mois (point 17)
 pièces justificatives ad points 19 et 21