ATTESTATION D'AFFILIATION AUX ASSURANCES SOCIALES

Émise par :
[Nom de la société / employeur]
[Adresse complète]
N° IDE / RC : [n°]
N° AVS (employeur) : [n°]

Déclare par la présente que :

La société est **dûment affiliée** aux assurances sociales obligatoires suivantes, conformément aux dispositions légales en vigueur en Suisse :

HEVEA INVEST®

1. AVS / AI / APG / AC (Assurances sociales de base)

- **Caisse de compensation :** [Nom de la caisse AVS]
- **Numéro d'affiliation :** [n°]
- **Date d'affiliation :** [jj.mm.aaaa]

2. LPP (Prévoyance professionnelle – 2e pilier)

- **Institution de prévoyance :** [Nom de la fondation LPP]
- **Numéro d'affiliation :** [n°]
- **Date d'entrée en vigueur du contrat :** [jj.mm.aaaa]

3. LAA (Assurance-accidents obligatoire)

- **Compagnie d'assurance :** [Nom de l'assureur LAA]
- **Numéro de police :** [n°]
- **Couverture :**
  ☐ Accidents professionnels (AP)

☐ Accidents non professionnels (ANP)
☐ Les deux (✓)

Cette attestation est établie à la demande de [nom du destinataire] et est valable **jusqu'au [date]**, sous réserve de modifications contractuelles ou légales.

Fait à [lieu], le [date]

Pour l'entreprise :
Nom : .....
Fonction : .....
Signature : .....
Cachet de l'entreprise

HEVEA INVEST®