

Demande d'affiliation pour salariés

No d'affiliation : _____ Employeur / Médecin indépendant : _____

Données personnelles du salarié(e)

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe F H

Rue, no _____ NPA, lieu _____

No AVS 756. _____ Profession _____

Etat civil célibataire mariée(e) lié(e) par partenariat enregistré divorcé(e) veuf/veuve

Date de mariage ____/____/____ Date de naissance du conjoint ____/____/____

Indications concernant l'assurance

Plan choisi pour le personnel _____

Début d'affiliation (*seulement possible pour le début d'un mois*) _____

Salaire annuel AVS (*salaire annuel brut, inclus le 13^e mois*) CHF _____

Taux d'activité _____ %

Nom et adresse de l'institution de prévoyance précédente :

L'employeur soussigné confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Timbre et signature(s) de l'employeur

Déclaration de santé (à compléter par la personne à assurer)

Possédez-vous, lors de votre affiliation, votre pleine capacité de travail ? oui non

Souffrez-vous ou avez-vous souffert durant les 5 dernières années de troubles de la santé ou des suites d'un accident, d'une maladie ou d'une infirmité congénitale ? oui non

Etes-vous au bénéfice de prestations en raison d'une incapacité de gain d'une assurance nationale Ou étrangère (AI, LAMal, LAA ; LPP) ou une demande a-t-elle été déposée ? oui non

Si oui, taux d'invalidité : _____ % Depuis quand ? ____/____/____ (*joindre décision*)

Existait-il une réserve pour des raisons de santé auprès de votre institution de prévoyance précédente ? oui non

La personne à assurer confirme l'exactitude et l'intégralité des indications ci-dessus.

Lieu et date

Signature du salarié(e)

