

## Demande d'affiliation pour salariés

No d'affiliation : \_\_\_\_\_ Nom de l'employeur/médecin : \_\_\_\_\_

### 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

Début d'affiliation (*seulement possible pour le début d'un mois*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Salaire annuel annoncé CHF \_\_\_\_\_

Taux d'occupation \_\_\_\_\_ %

Plan de prévoyance \_\_\_\_\_  
(indiquer le n° d'offre, la nomenclature du plan ou la catégorie du personnel)

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 était 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) \_\_\_\_\_

