

Affiliation

Prévoyance professionnelle

Employeur

N° contrat

Cercle de personnes

Informations sur la personne à assurer

Prénom

Sexe

Masculin Féminin

Nom

Etat civil

Célibataire Marié(e)

Rue/n°

En partenariat enregistré

NPA/localité

Divorcé(e) Veuf/veuve

Date de naissance

Date du mariage/
de l'enregistrement

N° AVS

Langue de
correspondance

Allemand Français Italien

Entrée en fonction

Indépendant

Oui Non

Début de l'assurance

Degré d'occupation %

Salaire annuel CHF

La personne à assurer a-t-elle
sa pleine capacité de travail?

Oui Non

Capacité de travail

Est considérée comme ne jouissant pas de son entière capacité de travail la personne qui, au début de l'assurance:

- n'est pas entièrement capable de travailler pour des raisons de santé,
- touche des indemnités journalières en raison d'une maladie ou d'un accident,
- ne peut plus, pour des raisons de santé, exercer à temps complet une activité correspondant à sa formation et à ses capacités,
- est invalide au sens de l'assurance invalidité fédérale, de l'assurance accidents ou de l'assurance militaire et/ou si elle perçoit des prestations d'une ou plusieurs de ces institutions (veuillez joindre l'avis de pension).

Signature

Par votre signature, vous confirmez l'exhaustivité et l'exactitude des données fournies.

Lieu/date

Signature
de l'employeur

Prénom/nom en caractères d'imprimerie

