

## Avis d'affiliation

### Employeur

Raison sociale  Contrat n°

### Plan

Plan de base  Plan pour cadres/complémentaire  Autre

### Données personnelles de l'assuré(e)

Nom

Prénom

N° AVS  .  .  .  Date de naissance  /  /

E-mail  Téléphone

Adresse

Profession

Etat civil  célibataire  marié(e)  divorcé(e)  veuf(ve)

lié(e) par un partenariat enregistré  partenariat dissous

Genre  masculin  féminin Abonnement à la newsletter  oui  non

### Partenaire

Si marié(e) ou lié(e) par un partenariat enregistré, date du mariage/du partenariat  /  /

Prénom du conjoint/partenaire  Date de naissance  /  /

Si divorcé(e) ou partenariat dissous, date du divorce/de la dissolution du partenariat  /  /

### Enfants (si âgés de moins de 25 ans)

Prénom  Date de naissance  /  /

/  /

/  /

### Entrée dans l'assurance

Date d'entrée  /  /

Salaire AVS annuel (CHF)  .

Taux d'activité (%)  .

#### Remarque

Si emploi temporaire ou saisonnier, convertir le salaire fractionné en salaire annuel.

Si le salaire AVS dépasse CHF 250'000.-, l'assuré(e) recevra un état de santé à compléter.

## Avis d'affiliation

### Coordonnées ancien employeur/ancienne institution de prévoyance

Raison sociale et adresse de l'ancien employeur

Raison sociale et adresse de l'ancienne caisse de pensions

Année



A     A     A     A
---------------------

### Capacité de travail

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

oui  non

La personne à assurer touche-t-elle une rente de l'assurance invalidité fédérale ?

oui  non

Si oui, degré de la rente (%)

	.	
--	---	--

La personne à assurer était-elle soumise à une condition aggravée d'affiliation auprès de l'ancienne institution de prévoyance ?

oui  non

### Signature

Date	/         /
Lieu	

Timbre, signature de l'employeur
----------------------------------