

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
