



Employeur: _____

No d'affiliation: _____

Annonce d'assuré(e)

Informations relatives à la personne

No ass. soc.: _____

Langue: D F I

Nom: _____

Prénom: _____

Sexe: M F

Date de naissance: _____

Etat civil:

célibataire

marié(e)

Partenariat enregistré

veuf/veuve

divorcé(e)

Partenariat dissous

Date de mariage ou d'enregistrement du partenariat ou de divorce: _____

Rue, no: _____

NPA: _____

Domicile: _____

Entrée dans la société: _____

Contrat de travail ne dépassant pas trois mois;
l'art. 1k OPP2 est réservé

Départ* le _____ (fin du contrat de travail, lorsque la personne ne travaille plus dans la société)

* L'employeur confirme, que lors de la dissolution des rapports de travail, les dispositions du contrat de travail et les dispositions impératives du droit du travail (par ex. art. 336c CO) ont été respectées.

Etat de santé

L'employeur déclare que, depuis le début de l'assurance, la personne à assurer est :

entièrement apte au travail pas entièrement apte au travail* invalide au sens de l'AI à ____%**

Si la personne assurée n'est pas entièrement apte au travail, veuillez toujours joindre les certificats médicaux correspondants et/ou les décomptes de l'assurance accident ou d'indemnités journalières maladie.

* Veuillez compléter la déclaration d'incapacité de travail

** Veuillez joindre la décision AI

Données sur le salaire (veuillez indiquer toutes les modifications du salaire depuis le début de la prévoyance ou l'entrée dans l'entreprise.)

Salaire annuel (en CHF): _____

Valable à partir du: _____

Salaire annuel (en CHF): _____

Valable à partir du: _____

Salaire annuel (en CHF): _____

Valable à partir du: _____

Si le salarié est occupé par un employeur pendant moins d'une année, est considéré comme salaire annuel celui qu'il obtiendrait s'il était occupé toute l'année.

Nous confirmons l'exactitude de ces données.

Lieu

Date

Timbre et signature de l'employeur

Lieu

Date

Signature de la personne à assurer