

AVIS D’AFFILIATION

Profmed

Entreprise :

☐ Plan de base

☐ Plan pour cadres/complémentaire

☐ Autre :

DONNEES PERSONNELLES DE L'ASSURE(E)

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° AVS :

Sexe :

☐ masculin

☐ féminin

Profession :

E-mail :

Adresse :

Téléphone :

Etat civil :

☐ célibataire

☐ marié(e)

☐ divorcé(e)

☐ veuf(ve)

☐ lié(e) par un partenariat enregistré

☐ partenariat dissous

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

ENTREE DANS L'ASSURANCE

Date d'entrée :

Salaire AVS annuel : CHF

Remarque : Si le salaire AVS dépasse CHF 240'000.-, l'assuré(e) recevra un état de santé à compléter.

Taux d'activité : %

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

COORDONNEES ANCIEN EMPLOYEUR/ANCIENNE INSTITUTION DE PREVOYANCE

Raison sociale et adresse de l'ancien employeur

Raison sociale et adresse de l'ancienne caisse de pensions

Année

CAPACITE 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

Lieu, date :

Timbre, signature de l'employeur :