

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 : Si le salaire AVS dépasse CHF 240'000.-

Salaire AVS annuel : CHF Remarque : , 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 oui non

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

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

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 ?

Lieu, date : Timbre, signature de l'employeur :